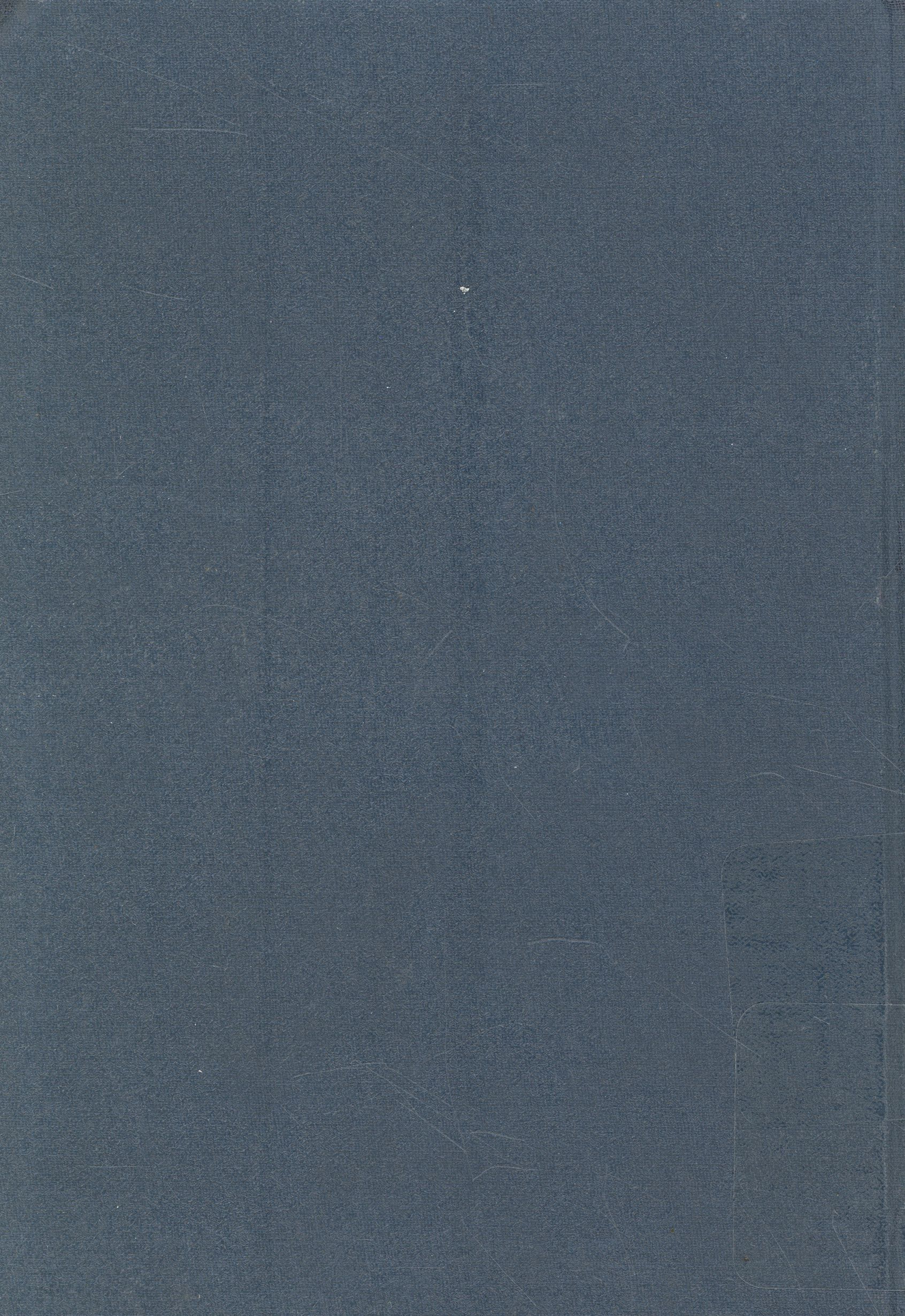
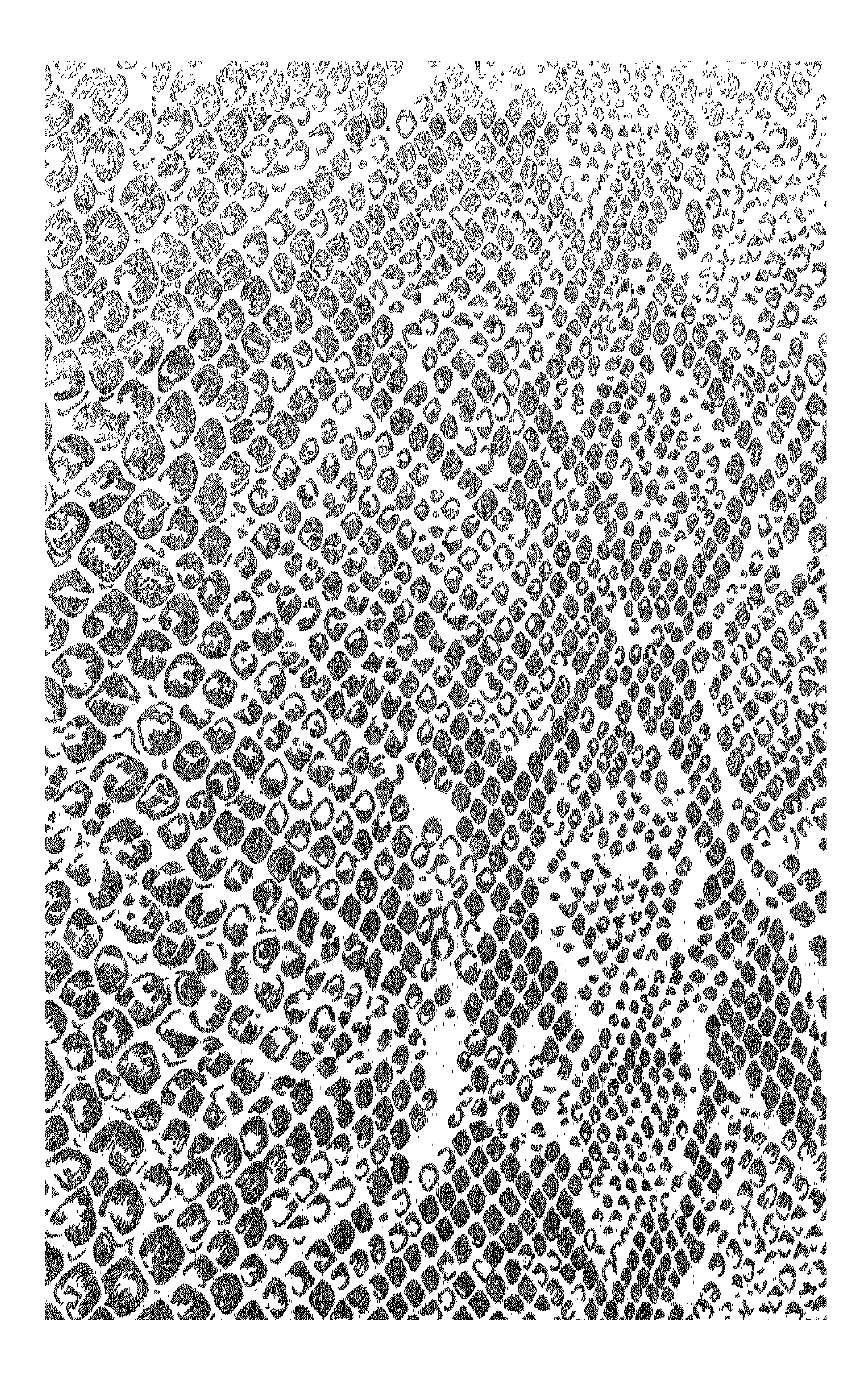
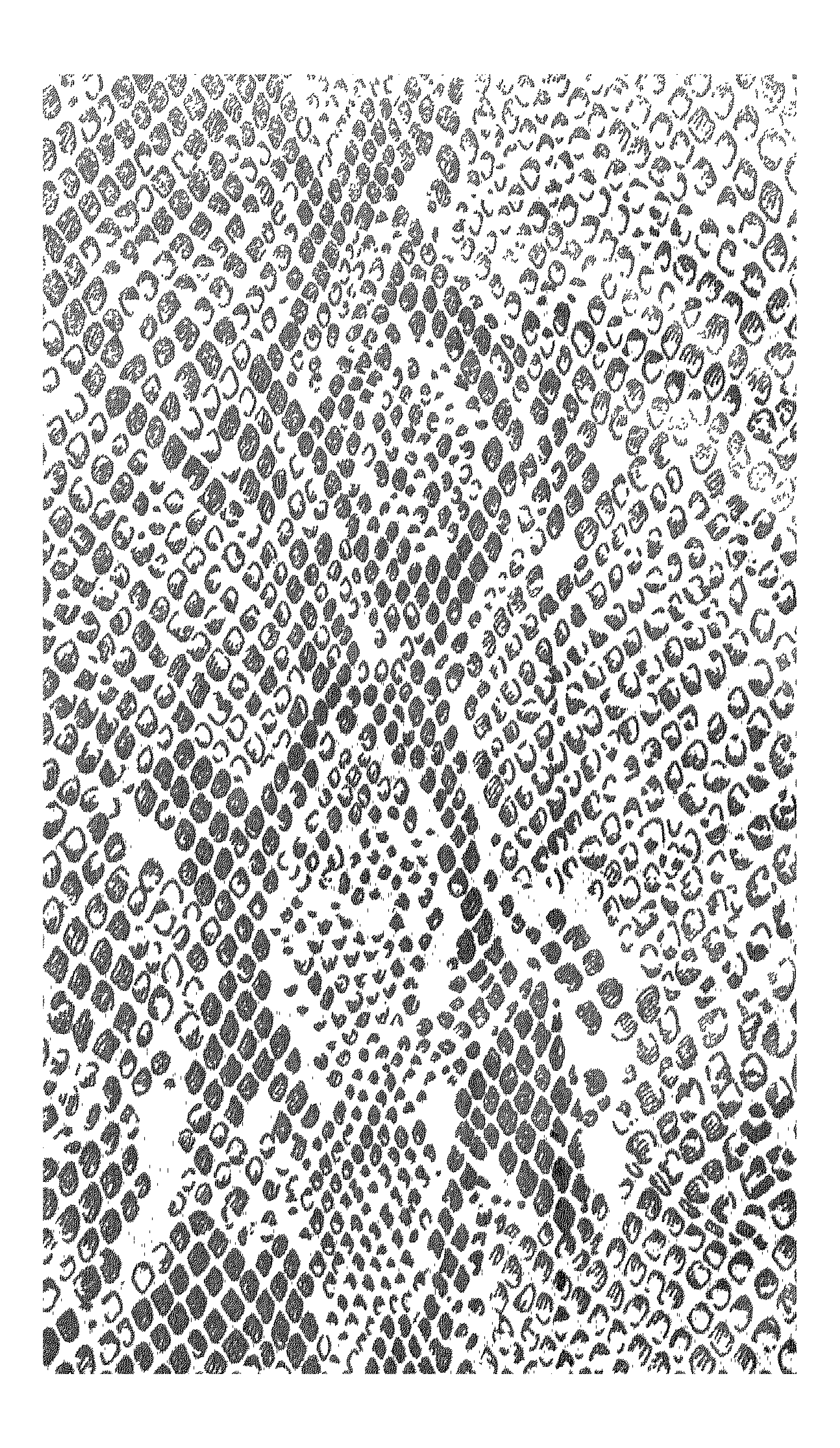
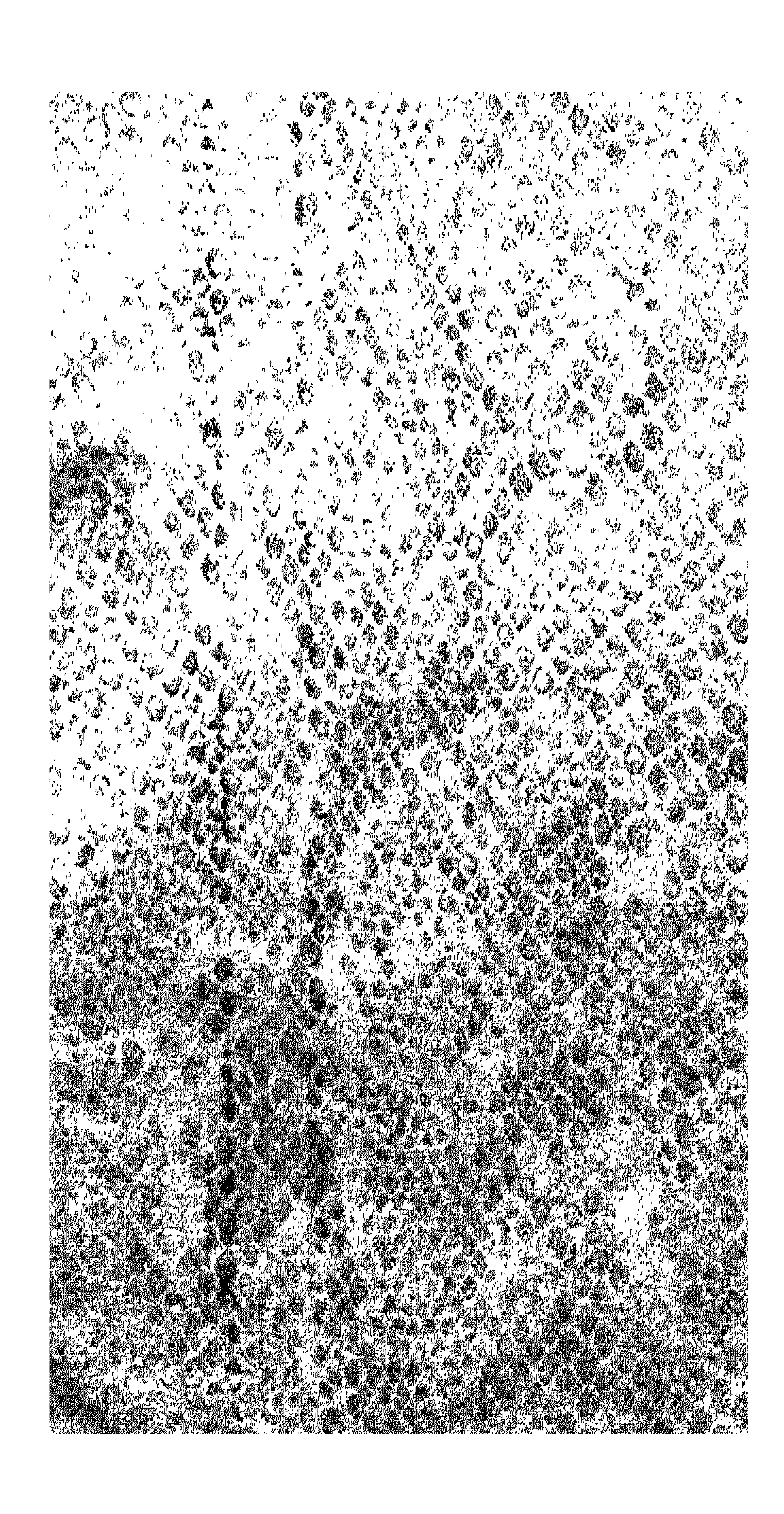








رعاية الطّفل وتطوّر الحُبّ

علم النفس التربوى

رعاية الطفل وتطور الحب

تأليف

چون بولبى

اختصره وأعده

مارجرى فراى

ترجمة

الدكتور السيد محمد خيرى

سمير نعيم فرج أحمد فرج



دار المعارف بمصر

ملتزم الطبع والنشر : دار المعارف بمصر — ٥ شارع ماسبيرو — القاهرة

مقدمة المؤلف

تقرر فى الدورة الثالثة للجنة الاجتماعية بالأمم المتحدة ، المنعقدة فى أبريل سنة ١٩٤٨ إجراء دراسة عن حاجات الأطفال الذين لا أسر لهم . ووصف هؤلاء الأطفال بأنهم « اليتامى أو المنفصلون عن عائلاتهم لأسباب أخرى ويحتاجون للرعاية فى دور التبنى والمؤسسات أو لأنواع أخرى من الرعاية الجماعية». على أن تكون الدراسة مقصورة على الأطفال الذين أصبحوا بلا أسر فى وطنهم ، وبذلك يستثنى تماماً المشردون بسبب الحرب أو غيرها من الكوارث . وعندما اتصلت هيئة الأمم المتحدة بالهيئات المختصة والمهتمة بهذا الموضوع طالبة تعليقاتها ومقترحاتها عرضت جمعية الصحة العالمية (The World Health Organisation) أن تسهم بدراسة نواحى الصحة العقلية للمشكلة . وقبل هذا العرض وجاءت نتائجه فى التقرير الذى يقوم عليه هذا الكتاب .

وعين الدكتور بولبى (Bowlby) فى وظيفة مؤقتة بجمعية الصحة العالمية فى يناير ١٩٥٠ ، وفى أواخر شتاء هذا العام وأوائل الربيع زار عدة دول بأوربا —فرنسا ونذرلاندز والسويد وسويسرا والمملكة المتحدة— والولايات المتحدة الأمريكية . وفى كل منها تناقش مع الأخصائيين الذين كان معظمهم مهتما برعاية الطفل وتوجيهه ، ورأى شيئاً من أعمالهم وعرضت عليه كتاباتهم ، ووجد من هذه المناقشات أن هناك درجة كبيرة جداً من الاتفاق فيما يختص بكل من الأسس التى تقوم عليها الصحة العقلية للأطفال والوسائل التى قد تصان بها .

وفى مثل هذا التقرير يتعين معرفة أشياء خاصة . فلا بد من ذكر مصادر البيانات ، والتعريف بالأخصائيين الذين اعتمد على أعمالهم تعريفاً تاماً . ويجب استخدام الإحصاءات كلما تيسرت ، وأن توضع بطريقة واضحة تسهل استخدامها فيما بعد . ومن الضرورى توخى منتهى الدقة فى تعبيرات التقرير ،

يتضمن ذلك استخدام لغة فنية . كل هذه الأشياء ضرورية ، ولكنها لا تجعل تقريراً دراسياً كهذا مما يسهل على الجمهور قراءته . فالقارئ العادى يعرض عن قراءة صفحة مكتظة بأسماء المراجع والأرقام ، مصاغة فى كلمات وأسماء غير مألوفة ولا تعنى شيئاً بالنسبة له . على أن مادة هذا التقرير على جانب كبير من الأهمية لرفاهية مجتمعنا بأسره . ولهذا يبدو من المهم إخراج صورة مختصرة من التقرير ومبسطة إلى حد ما للقراءة العامة . وقد نقحها الدكتور باولبى ، كما أضاف أيضاً بعض الفقرات إلى نهاية الفصل الأول . ولن يحتاج الدارسون المعتنون المهتمون بهذا الموضوع الذى بين أيدينا إلى أن ننبههم بأنه يجب ألا يقنعوا بهذه الصورة المبسطة بل عليهم أن يرجعوا إلى التقرير الأصلى الذى أعده الدكتور جون باولبى John Bowlby « رعاية الأمومة والصحة العقلية Maternal Care And Mental Health الذى يقوم عليه هذا الكتاب

م . ف .

الفصل الأول

بعض أسباب اعتلال الصحة العقلية

من بين أهم تطورات الطب النفسى [1] خلال ربع القرن الماضى التزايد المطرد للدلائل على ما لنوع الرعاية التى يتلقاها الطفل من والديه فى سنى حياته الأولى من أهمية حيوية لمستقبل صحته العقلية .

ويوجد اليوم ، نتيجة لهذه المعرفة الجديدة ، اتفاق كبير بين أخصائيي توجيه الأطفال فى أوربا وأمريكا على آراء أساسية معينة . فهم متشابهون فى كيفية تعاملهم مع مرضاهم وفى طريقة دراستهم وتشخيصهم لهم ، وفى أهداف علاجهم ، وفوق ذلك كله فى نظريات أسباب اعتلال الصحة العقلية التى يعملون وفقاً لها . وسوف نناقش ذلك فى أبواب هذا الكتاب ، ويكفينا الآن القول بأنه من المعتقد أن أساس الصحة العقلية هو أن يخبر الطفل علاقة حارة وحميمة يودائمة بأمه (أو ببديلة لها تكون له دائماً بمثابة الأم) يجد كلاهما فى هذه العلاقة الإشباع والمتعة. هذه العلاقة المعقدة المليئة بالخبرات والجزاء التى يكونها الطفل مع أمه فى باكورة حياته والتى تأخذ أشكالا لا حصر لها فى تأثرها بعلاقته مع أبيه وإخوته وأخواته هى ما يعتقد أطباء نفس الطفل وكثيرون غيرهم الآن أنها تحدد نمو الخلق والصحة العقلية .

ويطلق على الحالات التى لا يحظى فيها الطفل بهذه العلاقة « الحرمان من

---

(١) سوف نستعمل أربعة اصطلاحات فى هذا الكتاب ويحسن أن نحدد معناها منذ البداية :

(ا) علم النفس : علم السلوك والعقل الإنسانى .

(ب) الأخصائى النفسى : شخص يشتغل بدراسة علم النفس .

(ج) الطب النفسى : العلاج الطبى لاضطرابات السلوك والاضطرابات العقلية .

(د) الطبيب النفسى : طبيب مؤهل يتخصص فى علاج اضطرابات السلوك والأمراض العقلية .

الأمومة » . وتلك تسمية عامة تتضمن عدداً من المواقف المختلفة . فالطفل يكون محروماً حتى ولو كان يعيش مع أسرته إذا لم تكن لدى أمه (أو بديلتها الدائمة) القدرة على منحه رعاية الحب التي يحتاج إليها صغار الأطفال ، كذلك يكون محروماً إذا ما أبعد عن رعاية أمه لسبب ما . ويصبح هذا الحرمان طفيفاً نسبياً إذا ما رعاه بعد ذلك شخص اعتاد عليه ووثق به ، ولكنه يصبح حرماناً له اعتباره إذا ما كانت الأم المتبنية غريبة عنه حتى ولو كانت محبة له .

إلا أن جميع هذه الظروف تتيح للطفل بعض الإشباع وعلى ذلك فهي أمثلة على (الحرمان الجزئي)[1] وهي على عكس (الحرمان التام)[2] تقريباً الذي ما زال شائعاً في المؤسسات ودور الحضانة المخصصة للإقامة والمستشفيات حيث لا يجد الطفل دائماً شخصاً واحداً يرعاه بطريقة شخصية ويستشعر الأمن معه .

وتختلف الآثار الضارة للحرمان في درجتها . فالحرمان الجزئي يصحبه القلق والحاجة الملحة إلى الحب والمشاعر القوية بالانتقام ، وينتج عن تلك الأخيرة الشعور بالإثم والاكتئاب . والطفل الصغير الذي لم يكتمل بعد نضجه العقلي والانفعالي لا يستطيع أن يقاوم كل هذه الانفعالات والدوافع . وقد تؤدي طرق استجابته لكل هذه الاضطرابات في حياته الداخلية إلى أمراض عصبية ونقص في ثبات الخلق ، أما الحرمان التام وهو ما سنهتم به أساساً في هذا الكتاب فإن تأثيره على نمو الخلق يكون أعمق وقد يعوق تماماً قدرة الطفل على إقامة علاقات مع غيره من الناس . وقد بحث كثير من الإخصائيين العلاقة بين الأسر المفككة وبين إخفاق الأطفال في تكييف أنفسهم للحياة مع غيرهم . ولكن على الرغم من أن هذه الدراسات قد أكدت الأهمية العظمى لخبرات الطفل المبكرة المتعلقة بالأسرة إلا أن فكرة الأسرة المتفككة تتضمن ظروفاً

---

(١) Partial deprivation (المترجم)

(٢) Complete deprivation (المترجم)

كثيرة مختلفة مما لا يجعلها تصنيفاً مُرضياً يتفق والدراسة العلمية . ومن الأفضل أن نركز اهتمامنا فى تطور علاقة الطفل بأمه وأبيه . فإذا ما فعلنا ذلك فسوف ينجلى لنا الكثير مما كان غامضاً عن أسباب المرض العقلى .

ومما يوضح قيمة وجهة النظر هذه دراسة أجريت فى أحدى المدارس الإنجليزية المعتمدة على ١٠٢ تلميذاً من دائمى الشغب تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر وثمانية عشر عاماً . فقد بينت بوضوح كيف أن حالات القلق الناجمة عن العلاقات غير المرضية فى الطفولة المبكرة تهيء الأطفال للاستجابة للأزمات التالية بصورة غير اجتماعية مضادة للمجتمع . وقد وُجد أن معظم مواقف القلق المبكرة عند هؤلاء الأطفال كانت مظاهر معينة للحرمان من الأم .

ومن الطبيعى أن هنالك حالات أخرى كثيرة — بجانب الحرمان تنجم عن الانفصال أو النبذ التام — تصبح فيها علاقات الطفل بوالديه مَرضيَّة . وأكثر هذه الحالات شيوعاً :

(ا) اتجاه لاشعورى للنبذ مختف تحت اتجاه للعطف والحب

(ب) حاجة ملحة من ناحية الأم للحب واستعادة الثقة .

(ح) حصول الأم من سلوك الطفل على إشباع لاشعورى بينما تظن أنها غير راضية عنه .

ولكن هذه الحالات لا تعنينا فى هذا الكتاب كما أننا لا نتناول بالتفصيل علاقة الطفل بأبيه . والسبب فى ذلك هو أن جميع الأدلة تشير إلى أهمية علاقة الطفل بأمه التى هى بلا شك فى الظروف العادية أهم علاقة له فى هذه السن . فهى التى تطعمه وتنظفه وتدثره وتسهر على راحته ، وهى التى يلجأ إليها إذا كان فى مأزق . أما الأب فإنه يحتل المركز الثانى فى نظر الطفل وتزداد قيمته فقط كلما أصبح الطفل قادراً على الاستقلال بنفسه ، إلا أن للآباء مع ذلك — كما يدرك ذلك الأبناء غير الشرعيين — نفعهم حتى فى فترة الرضاعة ، لأنهم بالإضافة إلى إعالتهم لزوجاتهم حتى يتمكن من تكريس أنفسهن تماماً لرعاية

الرضيع يكونون سنداً انفعالياً للأم ويساعدونها على الاحتفاظ بذلك المزاج الهادئ الآمن فى الجو الذى يترعرع فيه الرضيع بما يمدونها به من الحب والصحبة . ولذا فإنه إلى جوار إشارتنا الدائمة ، فيما يلى من أجزاء الكتاب ، إلى علاقة الطفل بأمه سوف نذكر القليل عن علاقة الطفل بأبيه مسلمين بقيمته كسند انفعالى واقتصادى للأم .

ويرجع أصل النظريات التى تُعزى منشأ الاضطرابات العقلية إلى هذه الأحداث العائلية الحميمة إلى أعمال « سيجموند فرويد » ، وإلى غيره من أعضاء مدرسة التحليل النفسى التى أسسها . وفى الحقيقة أن نسبة كبيرة جداً من الأبحاث المشار إليها فى هذا الكتاب قام بها أطباء وأخصائيون نفسيون طبقاً لوجهة النظر الخاصة هذه والتدريب الخاص وفقا لها . وتتعارض هذه النظريات تماماً بالطبع مع تلك التى تعلق كل الأهمية على العوامل التكوينية والوراثية جاعلة الوراثة مسئولة تماماً عن كل شىء ، مكتفية بالقول بأن الأهمية النسبية لكل من الفطرة والتربية ما زالت لم تحدد بعد . ومن المفيد أن نذكر بهذا الصدد أن نتائج الدراسات الحديثة على الإنسان والحيوان قبل الميلاد قد أجمعت على أن التغيرات الضارة فى بيئة ما قبل الميلاد قد تؤدى إلى عيوب فى النمو والنضج تشبه تماماً تلك التى كان يظن فيما مضى أنها ترجع للوراثة ، وتلك نتيجة ذات أهمية كبيرة وهى — كما سنرى — لها ما يناظرها فى علم النفس . ولكننا يجب أن نؤكد على الرغم من ذلك أن هذه النتائج لا تتعارض بأى شكل مع النظريات التى تنادى بالتأثير الضار للعوامل الوراثية ، اللهم بقدر ما يعتقدة بعض الناس من أن العوامل الوراثية وحدها هى المسئولة عن جميع الاختلافات فى السلوك الإنسانى . والحقيقة أن هناك ما يدعو للاعتقاد بأن للعوامل الوراثية أيضاً دورها وأن أعظم تقدم علمى يتم إذا ما أمكن دراسة التفاعل بين البيئة والوراثة .

والقاعدة البيولوجية الهامة الثانية مستخلصة أيضاً من دراسة النمو قبل الميلاد ، وهى اكتشاف أن الأضرار التى تعود على جنين الحيوان أو الإنسان بسبب التسمم

والعدوى وغير ذلك من الإصابات لا تختلف تبعاً لطبيعة الإصابة وبناء النسيج المصاب ووظيفته فقط ، بل بمدى نضج ذلك النسيج أيضاً .

وهناك مثال على ذلك ذو أهمية خاصة يرجع الفضل فى اكتشافه إلى جراح أسترالى ، يبين مدى الضرر الذى يمكن أن يحدث بالجنين الإنسان إذا ما أصيبت أمه بالحصبة الألمانية . فإذا مرضت بها بين الأسبوع السادس والعاشر من بداية حملها كان هناك خطر بليغ من أن يؤذى فيروس الحصبة الألمانية الجنين وخاصة عينيه وأذنيه التى تكون فى بداية : التى تكوينها فى هذا الوقت مسبباً بذلك العمى أو الصمم . أما إذا أصيبت الأم بالمرض فى وقت مبكر أو متأخر عن ذلك فلا خطر من حدوث الأذى للجنين . معنى ذلك إذاً أن هناك فترة معينة عند بداية تكون العضو يكون فيها قابلا بنوع خاص للإصابة بالأذى. وهناك مبررات كثيرة تدعونا إلى القول على نفس هذا المنوال بأن الخبرات الانفعالية فى مراحل معينة ومبكرة جداً من الحياة العقلية قد يكون لها آثار فعالة جداً وراسخة . وقد تبينت صحة ذلك على الطيور والكلاب من دراسات قام بها بيولوجيون أوربيون إذ وجد أن سلوك الطيور بالغة النضج تجاه غيرها من أفراد نوعها ، بما فى ذلك رفيقاتها طبعاً ، يتأثر إلى حد بعيد بنوع الفرد الذى قام برعايتها فى بداية حياتها . والحقيقة أن كثيراً من الطيور تكون شديدة التأثر بمن يعتنى بها بعد التفريخ مباشرة ، لدرجة أنه إذا ما « تبناها » إنسان فإنها تصبح أشد ميلا للآدميين عنها للطيور ، وتقع فى النهاية فى حُب الإنسان !

ومن حسن الحظ أن الحيوانات العليا ليست كالطيور شديدة التأثر بمن يعتنى بها فى طفولتها المبكرة . إلا أننا نعلم أن الشخص الذى يختاره الكلب ليكون سيده يتحدد فى الأيام الأولى من حياته ، وهذا صحيح على وجه الخصوص بالنسبة لنوع الكلب الصينى . فإذا أراد أحد أن يتأكد من إخلاصه له فعليه أن يربيه بنفسه منذ البداية ، لا أن يبدأ معه بعد أن يصبح فى الشهر الرابع أو الخامس من العمر .

قد تكون هذه الأمثلة كافية لأن تقدم القارىء للمفهوم الأساسى بأن أحداث الشهور والسنوات الأولى فى الحياة قد يكون لها آثار عميقة راسخة ولكى تبين أن النظريات الموضوعة مقدماً فى هذا الكتاب ، بالإضافة إلى أنها كبيرة الاحتمال فى حد ذاتها ، تتفق تماماً مع ما أثبت علم الحياة صحته عن كل من النمو الجسمى والعقلى .

ولكن قبل أن نستغرق فى استعراض جميع النتائج المؤسفة التى يمكن أن تحدث للأطفال الذنن لا أمهات لهم ينبغى أن نقول كلمة تعيد الطمأنينة للأمهات ، اللا ئى قد يصاب بعضهن بالقلق عند ما يقرأن عن الضرر البليغ الذى يلحق بشخصية الطفل نتيجة للحرمان ، خشية أن يكن فاشلات فى منح أطفالهن ما يحتاجون . فمن الضرورى هنا أن نؤكد حقيقة كون الحالات الموصوفة هى لأطفال تعرضوا للحرمان التام وتركوا فى وحدة انفعالية وبدون عناية . والرعاية التى يفتقدونها هى تماماً ذلك النوع الذى تعطيه الأم لأبنائها دون تفكير . فالعناق واللعب والرضاعة الذين يستمد بهم الطفل الراحة من جسد أمه ، وحركات الاغتسال والملبس التى يدرك بها الطفل قيمة ذاته من خلال إعجاب أمه وفخرها بأطرافه الصغيرة ، كل ذلك هو ما ينقصهم . فحب الأم وسرورها به هما غذاؤه الروحى . ومرة أخرى تفيدنا المقارنة بالصحة الفيزيقية فى توضيح الحقيقة : تمد الأم الطفل بعناصر الغذاء اللازمة بالتركيب الصحيح فى لبنها الطبيعى دون ما حاجة لعمل تحليلات كيميائية أو تحديد تركيب الغذاء وفقاً لمعادلات ، ولكن عندما تنقصها هبة الطبيعة هذه يصبح لزاماً على العلم أن يدرس ماهية هذا التركيب حتى يمكن عمل أفضل بديل لها .

وسوف يشغل حديثاً عن حاجة الأطفال المطلقة فى مرحلة الرضاعة والحبو للرعاية الدائمة أذهان جميع قراء هذا الكتاب ، وسوف يتساءل البعض : « إذاً ألا يمكننى أبداً أن أترك طفلى ؟ » . وعلى الرغم من الحاجة لمزيد من المعلومات قبل الإجابة المناسبة على هذا السؤال إلا أنه قد يمكن إسداء بعض النصح .

يجب أن ندرك أولا وقبل كل شيء أن ترك أى طفل دون سن الثالثة إجراء هام لا يصح أن يتخذ إلا لأسباب معقولة وكافية ، وحين يحدث ذلك يجب أن ترسم له الخطة بعناية كبيرة . فلا يصح إطلاقاً أن ندع الطفل مع أناس لا يعرفهم ولهذا يستحسن اختيار الأقارب أو الجيران . ويجب أن يمر الطفل بفترة انتقال لعدة أيام يرعاه خلالها كل من الأم ومن سينوب عنها حتى تتاح له فرصة التكيف للشخص الجديد ، ولكى تجد بديلة الأم فرصة لتتعرف على ما يحبه الطفل وما يكرهه . ويجب أن تعلم الأم البديلة مقدماً أن الطفل سوف ينتابه الحزن من أجل أمه وخاصة وقت النوم ، وأنه سيكون أكثر إلحاحاً فى طلب اهتمامها والتعلق بها من أى طفل عادى فى نفس سنه . وللعب اللطيفة أيضاً قيمة خاصة كبيرة ، فالطفل الذى يزيد عمره عن حوالى ثمانية عشر شهراً قد يرتاح لما ترسله أمه من صور وهدايا تذكارية تطمئنه على سرعة عودتها إليه . هذه التدابير يجب أن تتخذ دائماً سواء كانت تبدو مفهومة أم لا . وأخيراً يجب ألا تبتئس بديلة الأم إذا ما تنصل منها الطفل كملبس بال عندماتعود أمه دون أن يكلف نفسه حتى ولو كلمة شكر .

ولابد أن تتوقع الأم ذاتها تضايق طفلها عند عودتها إليه . فعلى الرغم من أنه قد يحقق آمالها فيحييها بحرارة واشتياق ، إلا أنه يجب ألا تدهش إذا ما وجدته فاتراً غير مبال بها لعدة ساعات أو يوم أو اثنين ، بل يجب أن تتوقع أنه حتى قد لا يتعرف عليها ، مما قد يعد صدمة هائلة لكبرياء الأم . وزيادة على ذلك فبعد أن يستجيب لها فلا زال هناك مجال لصعوبات أخرى لأنه قد يصبح شديد الغيرة والتعلق بها والإلحاح فى طلبها . وإذا ما عولج قلقه هذا برقة وحنان فإن الأمور سوف تعود إلى مجراها الطبيعى ، أما إذا استمر قلق الطفل فإنه يصبح مصدرا للاضطراب .

ويجب بطبيعة الحال أن تجعل الأم الزمن الذى تبتعد فيه عن طفلها وجيزاً بقدر الإمكان ، على الرغم من أنه فى بعض الحالات يكون طول الزمن خارجاً

عن إرادتها . ومن المستحسن أن تقتصر العطلة ، التى يتوق إليها كثير من آباء وأمهات صغار الأطفال والتى يتركون فيها الطفل فى رعاية الجدة أو المربية ، على أسبوع واحد أو عشرة أيام .

وعند ما يبلغ الطفل ثلاث سنوات يصبح فى الإمكان تركه مدداً أطول بأمان ما دام قد ترك فى رعاية شخص يحبه ويثق به ، وعلى شرط أن يكون ما ينشأ حتما عنده من القلق محل إدراك وتقدير .

إن رعاية الرضع وصغار الأطفال تستنفد وقت الأم وجهودها ، ولكن كلما عرفت الأم الكثير عن طبيعة الكائن الذى ترعاه ، وجدت هذه التربية أكثر سهولة وإرضاء ، تماماً كما يسهل عمل البستانى إذا ما فهم طبيعة النباتات التى يربيها . وبهذا الفهم تستطيع الأم السوية أن تعتمد على إلهام غرائزها ، فى أن تسعد بمعرفتها بأن ما تدفعها هذه الغرائز لها من حنان وحب هو ما يحتاجه الطفل .

١

الفصل الثانى

كيف نستطيع دراسة الأضرار الناشئة عن الحرمان من الأم

١ ــ ملاحظة الرضّع وصغار الأطفال

يُستدل على ما يمكن أن يحدثه الحرمان من الأم فى الطفولة المبكرة من آثار بعيدة على الصحة العقلية ونمو شخصية الأفراد من عدة مصادر تنحصر فى فئات ثلاث :

(ا) دراسات عن طريق الملاحظة المباشرة للصحة العقلية ولنمو أطفال المؤسسات ، والمستشفيات ، ودور التبنى . ونسميها هنا دراسات مباشرة .

(ب) دراسات تستقصى عن تاريخ الحياة السابقة لمراهقين وبالغين نشأت لديهم أمراض نفسية . ونسميها دراسات استرجاعية .

(ج) دراسات تتتبع جماعات من الأطفال عانوا فى بداية حياتهم من الحرمان ، مع تحديد حالة صحتهم العقلية . ونسميها دراسات تتبعية .

وإن مدى اتفاق هذه الدراسات التى يقوم بها أناس من أمم عدة يختلفون فى تدريبهم ، ويجهلون غالباً نتائج بعضهم البعض ، لمما له قيمة كبيرة. فما تنقصه نتائج البحث المفرد من الإتقان والثبات العلمى أو الدقة يعوضه إلى حد كبير الاتفاق الذى يتحقق فيها جميعاً ، وليس هنالك فى المنهج العلمى ما يفوق هذا الاتفاق قيمة . فالدراسات التى تتعارض مع المجموع قليلة ولم يظهر منها سوى ثلاثة فقط ، جميعهم من الدراسات التتبعية التى سندرسها فيما بعد .

والدراسات المباشرة هى أكثر الدراسات عدداً ، وقد أوضحت أنه عند الحرمان من الأم يتأخر دائماً تقريباً نمو الطفل الفيزيقى (الجسمى) ، والعقلى

والاجتماعى ، وقد تبدو عليه أعراض الأمراض الجسمية والعقلية . ومثل هذا الدليل يدعو إلى القلق ولكن قد يرتاب البعض فى صحته ويتساءل عما إذا كان ذلك يحدث دائماً وعن عدم إمكان التغلب على أعراض المرض بسهولة . وقد أوضحت الدراسات الاسترجاعية والتتبعية أن مثل هذا التفاؤل لا يجد دائماً ما يبرره وأن بعض الأطفال يتعرضون للضرر البليغ مدى الحياة . تلك نتيجة مؤسفة ولكنها ثابتة مؤكدة .

وهناك ، على الرغم من ذلك ، جوانب هامة للمشكلة لم يعرف عنها سوى القليل . فمثلا ليس من الواضح إطلاقاً لماذا يصاب بعض الأطفال بالضرر بينما لا يصاب البعض الآخر . قد يكون للعوامل الوراثية دور فى ذلك ، ولكن من المهم ، قبل أن نرتكن على مثل هذا التفسير ، أن نستعرض ما هو معروف عن عمل مؤثرات معينة كعمر الطفل ، وطول حرمانه ، ودرجة ذلك الحرمان على وجه الخصوص . فهناك ما يدعو للتفكير فى أن كلا من هذه المؤثرات الثلاث عامل فعال .

وسنتناول الآن مناقشة فئات الأدلة الثلاث على أن نولى اهتماماً خاصاً لهذه المؤثرات الثلاث : السن الذى يفقد فيه الطفل رعاية أمه ، وطول مدة الحرمان ومدى انعدام رعاية الأم .

قام عدد كبير من أخصائيي الأطفال بملاحظات مباشرة للآثار السيئة التى تحدث لصغار الأطفال المحرومين تماماً من رعاية الأم ، وقد تبين من هذه الملاحظات أن نمو الطفل قد يتأثر جسمياً وعقلياً وانفعالياً . فجميع الأطفال يتعرضون للتأثر ويمكن لمس بعض الآثار بوضوح خلال الأسابيع القليلة الأولى من الحياة .

وقد درس عدد من الباحثين بالتفصيل تأثير الافتقار إلى رعاية الأم على أطفال المؤسسات . والنتائج التى توصلوا إليها على درجة كبيرة من التعقيد بحيث يصعب سردها هنا بالتفصيل . ولكنها جميعاً تبين أنه منذ سن أسابيع قليلة تبدو

الآثار السيئة للانفصال عن الأم على كثير من الأطفال . وهذا الدليل الذى يأتى لنا به عدد من الإخصائيين المرموقين لا يدع مجالا للشك فى أن نمو طفل المؤسسة يقل عن المعتاد منذ سن مبكرة جداً. ومن بين الأعراض الملاحظة وجدنا أن الطفل المحروم قد لا يستطيع أن يبتسم فى وجه إنسانى ، أو فى أن يستجيب للمداعبة ، وقد تكون شهيته للطعام ضعيفة ، أو قد لا يزداد وزنه على الرغم من تغذيته الجيدة ، وقد لا ينام جيداً ، ولا يبدى أى مبادأة .

وقد بينت إحدى الدراسات الممتازة لمناغاة الأطفال الصغار وصياحهم أن أطفال أحد الملاجئ ابتداء من الميلاد حتى سن ٦ شهور كانوا دائماً أقل فى قدرتهم الصوتية عن أمثالهم فى العائلات ، وقد كان الفرق ملحوظاً بوضوح قبيل سن الشهرين . وهذا التأخر فى الكلام يميز طفل المؤسسة على وجه الخصوص فى جميع الأعمار . وقد استخدمت اختبارات (شبيهة بتلك التى يقاس بها ذكاء كبار الأطفال) لاختبار صغار الأطفال . وبهذه الطريقة يمكن مقارنة نمو جماعات الأطفال الذين يعيشون فى ظروف مختلفة . وقد درست أربعة جماعات من الأطفال الصغار فى أمريكا باستخدام مثل هذه الاختبارات ، وكانت الجماعات تتكون من : ٦١ طفلا من عائلات المدن ، دون اختيارهم على أى أساس ، ٢٣ طفلا لآباء أخصائيين فنيين ، ١١ من عائلات المزارعين ، ٦٩ طفلا لأمهات منحرفات (جانحات) غير متزوجات . وكانت أعمارهم جميعاً تتراوح ما بين شهر وأربعة عند اختبارهم لأول مرة .

وفى هذه المرحلة كانت جماعة (أبناء الإخصائيين الفنيين) أحسن الجماعات فى النمو ، وبعدها جاءت جماعة المدينة غير المنتقاة ، ثم أطفال المزارعين ، ثم الأطفال غير الشرعيين . وبعد ثمانية أشهر أعيد الاختبار ، وفى هذه الفترة كان أطفال كل الجماعات مع أمهاتهم الأصلية ، ما عدا جماعة أطفال المدينة فقد كانوا بإحدى المؤسسات . وقد بين الاختبار الثانى نمواً يتفق مع أعمار الأطفال فى كل الجماعات التى كان أطفالها مع أمهاتهم (إلا أن

أطفال الفنيين لم يتقدموا كثيراً إلى نفس الحد بينما يمكن الأطفال الغير الشرعيين من اللحاق بغيرهم إلى حد ما) ولكن أطفال المؤسسة تأخروا بشكل فظيع ، وكانوا أقل بكثير جداً عن المستوى العادى لسنهم .

والحق أن هؤلاء الأطفال * كانوا يعيشون فى ظروف سيئة وخاصة من وجهة النظر النفسية ، فلم تكن هنالك فقط ممرضة واحدة لكل سبعة أطفال ولكن ، لأسباب صحية ، كان الأطفال يحفظون مقيدة حركاتهم فى الأسرة والعربات لدرجة تصل إلى ما يشبه الحبس الانفرادى . وهناك مع ذلك دراسات توضح أن التأخر قد يحدث فى ظروف أبعد من أن تكون سيئة كهذه . درست حالة ٢٩ طفلا تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر وعامين ونصف (كانت غالبيتهم بين ١٩ ، ١٥ شهراً) وكان جميعهم فى انتظار التبنى ، وكانت ترعاهم أمهات مرضعات ، خمسة عشر منهن لا يقمن برعاية أطفال آخرين ، والباقيات يرضعن حتى ثلاثة أطفال فى نفس دار الحضانة ، وقد كان الأطفال الذين يحظون بكل اهتمام الأم المرضعة متفوقين فى نموهم ، بينما كان هؤلاء الذين يتقاسمون الاهتمام مع أطفال آخرين متأخرين : وأمامنا قصة أخرى لأطفال فى انتظار التبنى . اختبر مائة واثنين وعشرين طفلا فى حوالى الشهر السادس من عمرهم ، ٨٣ منهم كانوا فى رعاية مؤسسة ، ٣٩ فى دور الحضانة ، أتوا جميعهم لرعاية الجمعية وهم فى أول شهرين من حياتهم . وقد كان أطفال المؤسسة يعيشون فى غرفة كبيرة للأطفال ، بها أماكن معدة لسبعة عشر طفلا فقط . وكانت ترعاهم عشرة مربيات لم يكن هناك أبداً أقل من اثنين منهن فى الخدمة خلال النهار . وكانت نتائج الاختبارات فوق المتوسط بقليل بالنسبة لمن فى المؤسسة .

وهناك دراسات عديدة أجريت على أطفال فى النمسا ، والدانمرك ، وفرنسا ، والولايات المتحدة بينت تأخراً شبيهاً فى سن الثانية وما بعدها . وقد وجد

(*) الأطفال الذين تربوا فى المؤسسة (المترجم) .

فى إحدى الدراسات الشاملة لثلاثين طفلا ، تتراوح أعمارهم بين ٣٤ ، ٣٥ شهراً عاش نصفهم فى مؤسسة ، والنصف الآخر فى دور حضانة منذ الشهر الرابع من العمر ، أن نمو جماعة دار الحضانة عادى بينما يقترب نمو أطفال المؤسسة من حدود ضعاف العقول . وقارن باحث آخر جماعة من ١١٣ طفلا فيما بين السنة الأولى والرابعة من العمر ، أمضى معظمهم كل حياتهم فى إحدى المؤسسات ، بجماعة مقارنة عاش أطفالها فى منازلهم واعتنت بهم مربيات كن يترددن يومياً عليهم . وكانت أمهات أطفال تلك الجماعة الأخيرة يعملن وكانت حالة منازلهم غير مرضية . وعلى الرغم من ذلك كان نمو أطفال العائلات عادياً (فى المتوسط) ، بينما كان نمو أطفال المؤسسة متأخراً . وقد وجد هذا الفرق دائماً فى كل مستوى من مستويات السن الثلاثة أى الأطفال فى الثانية ، والثالثة والرابعة من العمر .

وعلى الرغم من أنه لاخطأ هناك فى القول بأن جميع هذه النتائج تشير إلى نفس الاتجاه ، إلا أنه مُشك فى قيمتها غالباً على أساس أن كثيراً من أطفال المؤسسات جاءوا من والدين من أصل ضعيف جسمياً وعقلياً ، وأن البيئة وحدها قد تتسبب إلى حد بعيد فى جميع هذه الاختلافات . ولكن لا يبدو أن الذين يثيرون هذا الاعتراض يدركون أنه فى غالبية الدراسات التى وصفت يعتنى الباحثون بالتأكد من أن الجماعات الأخرى من الأطفال ، سواء الذين كانوا فى منازلهم أو فى دور الحضانة ، كانوا من طبقة اجتماعية مشابهة ، ومن أصل مشابه بقدر الإمكان حينما كانوا يدرسون فى نفس الوقت لأغراض المقارنة . والطريقة الوحيدة الأكيدة لضبط تأثير الوراثة هى مقارنة « التوائم المتماثلة »* . ومع أن أنه لا توجد دراسات على التوائم الإنسانية لهذا الغرض ، فإن أحد الإخصائيين النفسيين قام بدراسة تجريبية على توأمين صغيرين لماعز ،

(*) التوائم المتماثلة هى التى تنشأ من بويضة واحدة ملقحة تنقسم محدثة جنينين أما التوائم غير المتماثلة فهى التى تنشأ من بويضتين . (المترجم)

كان يفصل أحدهما عن أمه لفترة وجيزة كل يوم ، ولا يفصل الآخر . وفيما عدا مدة التجربة اليومية (وهي ٤٠ دقيقة) ، كان كل منهم يعيش مع أمه ويتغذى منها . وكان الضوء يطفأ دورياً خلال فترة التجربة ، ومن المعروف أن ذلك يخلق قلقاً لدى الماعز ، وقد أحدث ذلك سلوكاً مختلفاً جداً لدى كل من التوأمين . ظل التوأم الذى لا يفصل عن أمه على حالته الطبيعية ، وظل يتحرك بحريته ، أما الذى كان يعزل فقدأصيب « بتجمد سيكلوجى» ، وظل قابعاً فى أحد الأركان . وفى إحدى التجارب الأولى انقطع الطفل المنعزل عن الرضاعة من أمه ، ولما لم يدرك القائمون بالتجربة ذلك وبالتالى لم يستطيعوا معاونته مات بعد أيام قليلة . وفى ذلك توضيح كاف للآثار الضارة للحرمان من الأم على صغار الثدييات ، وهو يخلصنا نهائيًّا من الجدل حول كون الآثار الملاحظة كلها راجعة للوراثة .

وفوق ذلك ، فإن الدليل الإيجابى على أن سبب هذه المتاعب هو الحرمان من الأم يتأتى من مصادر لا حصر لها .

أولا : هنالك نتائج واضحة للغاية تدل على أنه كلما طال الحرمان كلما تأخر نمو الطفل . ثانياً : هناك دليل تجريبى على أنه حتى إذا ما ظل الطفل فى نفس المؤسسة فإن الرعاية الممتازة من أم بديلة سوف تقلل من الآثار الضارة . فمنذ عشرين عاماً درست جماعتان من الأطفال فى سن العامين كان يعيشون أفرادهما فى نفس المؤسسة. منحت إحداهما قليلا جداً من الحنان والعطف وشملت بالرعاية التامة فى جميع الأوجه الأخرى ، بينما كان فى الجماعة الأخرى مربية مخصصة لكل طفل ولم يكن أطفالها يفتقرون إلى أى حنان أو عطف . وبعد نصف عام وجد أن الجماعة الأولى متأخرة جسميًّا وعقليًّا بالقياس للجماعة الثانية .

والدليل الأخير هو التغيرات الملحوظة التى تطرأ على حالة الطفل بعد إعادته إلى أمه . وقد علق على ذلك أحد الأخصائيين بقوله :

« إن السرعة التى تبدأ بها أعراض العلاج بالمستشفى فى الاختفاء عندما يوضع طفل مصاب فى منزل جيد تدعو للدهشة . فالطفل يصبح على الفور أكثر حيوية واستجابة ، وتختفى أعراض الحمى (إن وجدت) فى مدة من ٢٤ ساعة إلى ثلاثة أيام ويزداد وزنه ويتحسن لونه . » .

وذكر مثالا على ذلك لطفل فى الشهر الرابع من عمره أمضى الشهرين الأخيرين منهم فى المستشفى ، وكان يزن أقل من وزنه عند الميلاد وكانت حالته خطرة .

« كان فى مظهره يبدو كرجل عجوز شاحب اللون متغضن ، وكان تنفسه ضعيفاً وسطحياً لدرجة يبدو معها أنه سيتوقف عن التنفس فى أى لحظة . وعند ما شوهد بعد عودته إلى منزله بأربع وعشرين ساعة ، كان يهدر ويضحك . وعلى الرغم من أن تعديلا ما لم يطرأ على غذائه فقد بدأ على الفور يزداد فى الوزن ، وفى نهاية العام الأول تحسن وزنه وأصبح ضمن المستوى العادى . وغدا طفلا طبيعياً فى كل شىء » .

إن التغيرات المحزنة والمؤسفة فى السلوك والشعور التى تتبع انفصال الطفل الصغير عن أمه ، والنتائج الطيبة التى تتبع إعادته إليها يمكن للجميع لمسها ، ومن الغريب أنها مع ذلك لم تول سوى قليل من الانتباه . والحق أن درجة عظم الآلام التى يقاسى منها هؤلاء الأطفال بعد الانفصال تجعل القائمين على رعايتهم يغمضون أعينهم عنها لحماية أنفسهم . ومع ذلك فليس ثمة شك فى وجود هذه الآلام ، ما دام كثير من الباحثين يعرضون علينا صوراً قاتمة شبيهة

سبق أن ذكرنا وصف نموذج الطفل الذى ينفصل عن أمه بأنه غير مستقر ، خامل ، غير سعيد ، لا يستجيب للابتسامة أو المداعبة وقد كانت حالة الطفل فى سن مداه من ٦ إلى ١٢ شهراً موضوعاً لدراسة منظمة . وهذه الحالة بلاشك صورة من الاكتئاب تحمل كثيراً من العلامات التى يتصف بها شخص بالغ

مريض بالاكتئاب فى مستشفى للأمراض العقلية ، فتتسم النزعة الانفعالية بالحزن وتوقع السوء . ويسحب الطفل نفسه من كل ما هو محيط به ، ولا يحاول أن يتصل بشخص غريب ، ولا ينتعش إذا ما اتصل به هذا الغريب . كما أن أوجه نشاطه يشوبها الخمول ، فيجلس الطفل أو يستلقى جامداً فى حالة من الجمود اللاحركى ، وتغلب على هذه الحالات قلة النوم ، وضعف الشهية دائماً فيقل وزن الطفل ويصبح أكثر قابلية للعدوى ويهبط نموه العام هبوطاً شديداً .

وقد يوجه إلينا السؤال : فى أى الظروف ينتج ذلك ؟ يتسم بهذه الصفات عامة الأطفال الذين كانوا على علاقات سعيدة بأمهاتهم حتى سن ستة أو تسعة أشهر ، ثم فصلوا عنهن فجأة دون أن تحل محل الأم بديلة كافية . ومن بين ٩٥ طفلا شخصت حالاتهم ، استجاب ٢٠ ٪ للانفصال باكتئاب حاد ، ٢٧ ٪ باكتئاب خفيف ، وبذلك يكون مجموعهم ٥٠ ٪ تقريباً . وفى الغالب ، كان جميع الأطفال الذين على علاقة حب متينة بأمهاتهم يقاسون من الحرمان ، وذلك يعنى أن الاستجابة للانفصال بالاكتئاب استجابة طبيعية فى هذه السن . ويدل عدم مقاساة معظم الأطفال الذين لم يكوّنوا مع أمهاتهم علاقات سعيدة على أن نموهم الداخلى كان قد تهدم ، وأن قدرتهم على الحب فيما بعد قد تعطلت تبعاً لذلك . والمرض لا يُدخل فى اعتباره الجنس أو العنصر فقد أصيب به الأولاد والبنات ، البيض والملونون على حد سواء . وعلى الرغم من سرعة شفاء الطفل إذا ما عاد إلى أمه ، فإنه لا يجب أن نهمل ما يمكن أن تحدثه الجراح فى النفس من آثار قد تظهر فيما بعد . أما إذا استمرت حالة الانفصال فإن الشفاء يعاق إلى حد كبير . ويعتقد بعض الباحثين أن تغيراً كيفيًّا يحدث بعد ثلاثة أشهر من الحرمان ، يندر بعده — إن لم يستحل — تمام الشفاء .

ولقد لوحظ كذلك أن اضطرابات النمو قد تتبع الانفصال حتى فى سن أصغر ، إلا أن هذه الاضطرابات تكون أقل خطورة عنها فى كبار الأطفال وكانت توصف من قبل بأنها اكتئاب خفيف ، ولكن المزيد من الملاحظة جعل

هذا التعبير غير مناسب تماماً حيث ثبت أن الحالة ليست حقيقية كما لا يمكن أن نصفها بأنها اكتئاب. ولا تظهر تلك الاضطرابات التى يتعرض لها الأطفال من سن ثلاثة شهور حتى ستة بسرعة .

ويجب أن نؤكد أن هذه النتائج السيئة يمكن تجنبها جزئياً خلال السنة الأولى من الحياة ، وذلك بأن ترعى الأطفال بأم بديلة . ويظن الكثيرون حتى الآن أن رعاية بديلة الأم يمكن أن تكون ناجحة تماماً خلال معظم هذه السنة ، ولكن بعض الباحثين يعتنقون الآن الرأى القائل بأن الضرر كثيراً ما يحدث نتيجة للتغيرات حتى فى سن الثلاثة أشهر . ومع ذلك فالكل يتفقون على أن الرعاية البديلة ، حتى إذا لم تكن كافية تماماً ، ضرورية ويجب أن تتوفر دائماً . أما فى العام الثانى والثالث من العمر ، فلا تصبح الاستجابة الانفعالية للانفصال شديدة فحسب ، بل إن الأمهات البديلة يقابلن غالباً بالرفض تماماً ويصبح والطفل شديد الحزن لا يقبل العزاء لعدة أيام أو أسبوع أو حتى أكثر من ذلك ، دون انقطاع . وخلال كثير من هذا الوقت يكون فى حالة من اليأس والقلق ، يبكى ويتأوه ، ويرفض الطعام والراحة ، والإجهاد فقط هو الذى يجلب له النوم . وبعد عدة أيام يصبح أكثر هدوءاً ، وقد ينتكس إلى حالة من التبلد ، يخرج منها ببطء ليصبح أكثر اهتماماً ببيئته الغريبة . ولكنه قد يبدى لعدة أسابيع أو حتى أشهر عودة إلى سلوك الطفل الرضيع ، يبول فى فراشه ، يلعب بأعضائه التناسلية ، يكف عن التكلم ويصر على أن يحمل حتى لتظن الممرضة غير الخبيرة أنه ضعيف العقل .

ومن الطبيعى أن هناك تفاوت كبير فى رد الفعل لدى جماعة السن هذه ، فلا يستجيب جميع الأطفال بالطريقة التى وصفناها . ويبدو ، مرة أخرى ، أن الأطفال الذين كانوا على علاقة حميمة وسعيدة للغاية بأمهاتهم هم الذين يقاسون أكثر عند الانفصال . أما هؤلاء الذين تربوا فى المؤسسات ، ولم تكن لديهم صورة دائمة للأم فلا تبدو عليهم استجابات من هذا النوع إطلاقاً ، نتيجة

لأن حياتهم الانفعالية تكون قد تحطمت . ومع أن الممرضة غير الخبيرة ترحب بالطفل الذى يرضى عن كل شخص بالغ ويتقبله ، وتنتقد طفل العائلة الذى يستجيب بعنف كما لو كان طفلا فاسداً ، إلا أن جميع الأدلة تثبت أن الاستجابة العنيفة هى السوية وأن الاستسلام المتبلد ليس سوى علامة على النمو المرضى .

ويعتقد أولئك الذين ينكرون خطورة هذه الاستجابات أنه يمكن تجنبها بسهولة بقليل من السياسة الحكيمة . وعلى الرغم من الحاجة إلى المزيد من الأبحاث ، إلا أنه لدنيا من الأسباب ما يدعو للاعتقاد بأن منع مثل هذه الاستجابات أمر صعب للغاية . ومن المعروف أن الأطفال فى الثانية والثالثة إذا كانوا فى المستشفى يحزنون حزناً شديداً بعد زيارة والديهم لهم . ولم تصب المحاولات الماهرة لتجنب حدوث ذلك أى نجاح ، وقد كتبت السيدة « بورلنجهام » والآنسة « أنا فرويد » — اللتان بذلتا كل مجهود لجعل انتقال الطفل من المنزل سهلا عندما كانتا تشرفان على دار هاميستدد لإقامة الأطفال أثناء الحرب العالمية الثانية — كتبتا فى أحد تقريراتهما الشهرية تقولان :

« عند ما تعاملنا مع حالات جديدة من هذا النوع حاولنا أن نجعل عملية الفصل ، تتم على " مراحل بطيئة " حتى نقلل من آثارها على الطفل ، ومع أنه ثبتت فائدة هذه الوسيلة مع الأطفال من سن ثلاث سنوات إلى أربع فما يزيد ، فقد وجدنا أننا لم ننجح كثيراً لمنع النكوص (العودة إلى سلوك أكثر طفلية) عندما يكون الأمر متعلقاً بالأطفال بين عام ونصف وعامين ونصف من العمر ، فالأطفال فى هذه السن يستطيعون تقبل التغيرات المفاجئة والانفصال لمدة يوم دون ما تأثر واضح . ولكن عند ما تزيد المدة عن ذلك فإنهم يتجهون لفقد روابطهم الانفعالية ، ويتقلبون فى غرائزهم ويرتدون فى سلوكهم . »

وقد أوردنا إيضاحاً على هذه الصعوبة ، حالة كاملة لسلوك ولد عمره ٢٤ شهراً ، كان طفلا سليم النمو ، علاقاته طيبة مع أمه . ومع أنه كان فى رعاية أم بديلة، وكانت أمه الأصلية تزوره خلال الأسبوع الأول من إقامته ، فإن سلوكه قد تدهور، عندما قللت زيارتها إلى مرتين فى الأسبوع ، وعندما انقطعت عن زيارته نكص بشدة .

« غدا الطفل غير مستقر ، ينزوى دائماً فى أحد الأركان يرضع ويحلم ، وفى أحيان أخرى كان شديد العدوان . وكف تماماً عن التحدث . وكان قذراً مبللا دائماً لدرجة أنه كان علينا أن نلفه باللفائف . وكان يجلس أمام طبقه لا يأكل سوى القليل جداً دون تلذذ ، وبدأ يلطخ المنضدة بطعامه . وفى هذه الآونة مرضت المربية التى كانت ترعاه ، ولم يكوّن بوبى صداقات مع أحد غيرها بل ترك نفسه لأى شخص يأخذه دون أى معارضة . وبعد أيام قليلة أصيب بالتهاب اللوز ، وانتقل إلى غرفة المرضى . وفى الجو الهادئ بها بدى أقل بؤساً ، ولعب بهدوء ، ولكنه كان يبدو بوجه عام كطفل رضيع . ولم يكن يفوه بكلمة ، وفقد تماماً قدرته على ضبط بوله وبرازه ، وكان يرضع كثيراً جداً . وعند عودته لدار الرعاية كان يبدو شديد الشحوب والتعب ، وكان غير سعيد للغاية بعد عودته للانضمام للجماعة ، فقد أصبح يعانى مشاكل دائمة وفى حاجة للمساعدة والتهدئة . ولم يبد عليه أنه تعرف على الممرضة التى كانت ترعاه فى البداية . »

إن الآثار اللاحقة البعيدة المدى على الأطفال الذين يمرون بهذه الخبرات المؤلمة يمكن أن تصبح أحياناً نكبات ، وسوف نعرض لها فيما بعد . أمام الآثار اللاحقة المباشرة ، فبينما لا تتضح دائماً للملاحظ غير المدرب ، فإنها تكون أيضاً مؤسفة للغاية فى نظر الشخص الخبير ، وأكثرها شيوعاً فى الملاحظة :
(١) استجابة عدوانية تجاه الأم عند عودة الاتصال بها ، وقد تتخذ أحياناً

صورة رفض التعرف عليها . (ب) الإلحاح المتزايد فى طلب الأم أو بديلتها ترتبط فيه الرغبة الشديدة فى التملك بالإصرار حسب طريقته ، وبالغيرة القوية وشراسة الطبع . (ج) تعلق مرح ولكنه سطحى بأى شخص بالغ فى محيط الطفل و(د) انسحاب بلا مبالاة من جميع الروابط الانفعالية مرتبط بتحريك الجسم حركات نمطية ، وأحياناً مع ضرب الرأس . وقد لاحظ هذه الاستجابات كثير من إخصائيي الأطفال .

ويجب أن نوجه تحذيراً خاصاً بالنسبة للأطفال الذين يستجيبون بعدم الاهتمام أو المبالاة أو الذين يبدون صداقة مرحة لكل فرد دون تمييز ،حيث إن الذين يجهلون أسس الصحة العقلية يخدعون فيهم عادة . فهم فى الغالب هادئون ، مطيعون ، تسهل قيادتهم ، مؤدبون ومنظمون، وأصحاء جسمياً ، وتبدو السعادة على كثير منهم . ولا يبدو عليهم شىء واضح يسترعى الانتباه ما داموا فى المؤسسة حتى إذا تركوها فإنهم يتحطمون ، ويصبح واضحاً أن توافقهم كان من نوع أجوف مفرغ ، ولم يكن قائماً على نمو حقيقى للشخصية . ويشعر البعض بالرضى عند ما يجدون أن الطفل قد نسى أمه تماماً . ليس ذلك غير صحيح دائماً فقط ـ لأنه يبكى من أجلها حين يعترضه مأزق ـ ولكنه حين يكون صحيحاً فإنه يكون فى منتهى الخطورة ذلك لأن مستقبل صحته العقلية يعتمد على التطور المستمر لهذه العلاقة وامتدادها .

ومن الطبيعى أن أنواع ردود الأفعال التى يستجيب بها مختلف الأطفال للحرمان سوف تختلف ، وسوف تعتمد إلى حد كبير على الظروف التى يعيشون فيها . فقد يغير مجىء أم بديلة مجموعة من الأطفال الذين يتصفون بعدم الاكتراث أو الذين لا يفرقون بين الأصدقاء ويجعلهم متوحشين صغاراً ثائرين جشعين .

فعند تقديم أم بديلة فى دار « هامبستد » للحضانة السابق ذكرها لوحظ ما يأتى :

« أصبح الأطفال الذين كان يبدو عليهم التكيف والراحة فى جو الجماعة

مُلحّين غير معقولين فى مطالبهم بشكل لا يطاق . وقد يصبح لاحد لغيرتهم ورغبتهم فى الاستحواذ على من يحبونه من الأشخاص الكبار . ويكون ذلك ببساطة أمراً حتمياً حين لا تكون العلاقة بالأم خبرة جديدة ، بل إذا كان الانفصال عن الأم الحقيقية أو أم متبنية سابقة قد حدث من قبل . ويزداد تعلق الطفل كلما ازداد اعتقاده الداخلى بأن الانفصال سوف يتكرر . ويصبح الأطفال مضطربين فى لعبهم وهم يراقبون بقلق ما إذا كانت ممرضتهم «الخاصة» قد تركت الحجرة مؤقتاً للقيام ببعض المهام أو خرجت لتأخذ وقت راحتها ، أو حين تُبدى أى تودد تجاه أطفال من غير أسرتها . فمثلا لا يسمح (تونى) وعمره ثلاث سنوات ونصف للأخت (مارى) بأن تستخدم اليد المخصصة له فى مناولة أشياء لغيره من الأطفال ، وينفجر (جيم) الذى يبلغ عمره بين سنتين وثلاث فى البكاء كلما غادرت ممرضته الخاصة الحجرة ، ويصبح (شيرلى) البالغ من العمر أربع سنوات شديد الاكتئاب والاضطراب حين تتغيب ممرضته (ماريون) لبعض الأسباب . . . إلخ. والحقيقة أن جميع هؤلاء الأطفال قد تعرضوا لسلسلة من صدمات الانفصال « المؤذية» فى حياتهم .) .

وكثير من الأمهات اللائى ابتعد عنهن أطفالهن لأسابيع قليلة أو أشهر يستطعن أن يؤمن على هذه الملاحظات ، ويضفن إليها أحياناً . وأحياناً ما يُصبح الطفل عند عودة العلاقة متجمداً انفعالياً ، ويعجز عن التعبير عن مشاعره ، وقد يعجز فى أحيان أخرى حتى عن الكلام ثم تنطلق مشاعره فى ثورة عارمة . ويتبع النشيج الدامع (عند هؤلاء الذين يستطيعون الكلام) باستجواب الأم « لماذا تركتنى يا أمى ؟ » . وبعد ذلك لا يسمح الطفل إطلاقاً لعدة أسابيع أو أشهر بأن تغيب أمه عن نظره ، ويكون سلوكه كالطفل الرضيع قلقاً ، سريع الغضب . فإذا ما عولجت هذه الاضطرابات بحكمة زالت تدريجيا ، إلا أنه لا يجب أن ننسى ، مرة ثانية ، إمكان حدوث الجراح النفسية غير الظاهرة التى قد تصبح فعالة والتى قد تؤدى إلى الأمراض العصبية فيما يلى من الحياة .

وبما يدل على ما فى ذلك من خطر حقيقى ملاحظة نوبات الفزع المفاجئة التى تنتاب الأطفال الذين استعادوا التوازن الانفعالى عندما يواجهون شخصاً سبق لهم أن خبروا الانفصال عنه. وإذا عولج السلوك الطفلى القلق ، عند العودة للمنزل ، بدون حنان نشأت ثغرات فى دائرة علاقة الطفل بأمه ، وإذا قوبل السلوك السيئ بالصد والعقاب فإنهما يؤديان بدورهما إلى طفلية أكثر ، ومطالب أكثر ، وحدّة فى الطبع . وبهذه الطريقة تتكون الشخصية العصابية (Neurotic) غير المستقرة ، ويصبح الطفل غير قادر على أن يتسق مع نفسه أو مع العالم الخارجى ، غير قادر على وجه الخصوص على تكوين علاقات حب وإخلاص مع غيره من الناس .

ومع أن تتابع هذه الأحداث قد يكون مدعاة للاضطراب ، إلا أنه يكون من المؤكد تقريباً أقل خطورة من حالة الطفل الذى يستجيب إما بالانطواء على نفسه أو بتكوين صداقات سطحية بدون تمييز بين الأفراد . هذه الاستجابات التى يحتمل أن تكون نتيجة للانفصال المتكرر أو لانفصال طويل حدث من قبل حوالى سن عامين ونصف دون شخص بديل عن الأم هى نذير الاضطراب الخطير فى الشخصية (الذى يُعرف فنياً بالسيكوباتية) ، والذى سنصفه بالتفصيل فى الفصل التالى .

قد نُسأل ، فى أى سن يُصبح الطفل قابلا للضرر نتيجة لنقص الرعاية الأموية ؟ إن جميع من درسوا هذا الموضوع متفقون على أنه فيما بين الثالثة والخامسة تظل المجازفة خطيرة ، إلا أنها تكون أقل خطراً مما لو حدثت قبل ذلك . وخلال هذه الفترة لا يعيش الأطفال فى الحاضر تماماً ، وبالتالى يستطيعون إلى حد ما تصور الوقت الذى ستعود فيه الأم ، وذلك مما يستحيل بالنسبة لمعظم الأطفال الذين تقل سنهم عن الثالثة . وزيادة على هذا فإن القدرة على الكلام تسمح بالتعبير البسيط ، وبهذا يصبح الطفل أكثر استعداداً لتفهم بديلات

الأم . وبناء عليه فإن المعاملة الحكيمة القائمة على الفهم خلال هذه المدة يمكن أن تقلل الآثار الضارة إلى حد بعيد ، إلا أنه عند نقص هذه المعاملة فإن الاستجابات الخطيرة ، الشبيهة بتلك التى يبديها الطفل بين السنة الأولى والثالثة ، لا تكون غير شائعة .

وبعد سن الخامسة يقل الخطر كثيراً ، على الرغم من أنه لا شك فى أن نسبة لا بأس بها من الأطفال فيما بين الخامسة والسابعة أو الثامنة يعجزون عن التوافق الصحيح نحو الانفصال ، وخاصة إذا كان مفاجئاً ودون ما استعداد . وقد أعطانا مريض بالغ صورة واضحة ومؤسفة لما شعر به كصبى فى السادسة عند ما حجز فى المستشفى لمدة ثلاثة أشهر . فهو يصف « شوقه اليائس للمنزل وتعاسته فى الأسابيع الأولى وما أديا إليه من الضيق وعدم المبالاة فى الشهور التالية » ، ويصف كيف كون علائق ودية بالمشرفة مما عوضه عن افتقاد المنزل وكيف شعر عند رجوعه بأنه غريب ودخيل على المنزل . « وفى النهاية أبعدنى هذا العقم عن المنزل ثانية . . . ولكننى فى هذه المرة لم أقابل صورة أخرى للأم ، والحقيقة أننى لم أكن قادراً حينئذ على خلق علاقات ثابتة ، وكانت استجاباتى مبالغ فيها ولا داعى لها دائماً ، وأصبحت حاد المزاج مكتئباً للغاية . . . كما أصبحت عدوانيًّا » . وأخيراً ، وبعد أن وصف كيف أنه اكتسب فى السنوات الأخيرة بعض الفهم لذاته كتب يقول : « ما زالت لدى نزعات عدوانية . . . وهى تتخذ لسوء الحظ صورة تجعلنى لا أتسامح مطلقاً فى أخطائى تجاه غيرى من الناس ، وبالتالى تهدد علاقتى بأطفالى » . إن مشكلة تحول الأطفال المحرومين إلى آباء ناجحين ربما تكون أكثر آثار الحرمان ضرراً ، وتلك مسألة سوف نؤكدها فى هذا الكتاب فيما بعد .

ويؤيد هذه الصورة مجموعة من الدراسات القيمة لتاريخ حياة بضع عشرات من الأطفال الذين ظهرت عليهم أعراض عصابية أو ساءت حالتهم نتيجة للانفصال عن الأم ، ومعظم خبرات الانفصال كانت فى المستشفى .

وقد حدثت خبرة الانفصال لدى حوالى نصفهم فى الثلاث سنوات الأولى ، وفى النصف الآخر بين حوالى الثالثة والثامنة . وفى كثير من النصف الثانى من هذه الدراسات كان الأطفال قادرين على وصف ما شعروا به فى المستشفى بوضوح ، وكان مرجع القلق الشائع عندهم إما الاعتقاد بأنهم لن يعودوا للمنزل أو بأنهم أبعدوا عنه لأنهم أشقياء . وقد قال ولد فى السابعة والنصف دخل المستشفى أو المصحة ثلاث مرات : « ظننت أنى لن أعود للمنزل أبداً لأنى كنت فى السادسة من عمرى فقط ، وقد سمعت أختى تقول إنهم سيطردوننى وأننى لن أعود للمنزل أبداً » . وقالت طفلة أخرى عمرها ست سنوات وتسعة أشهر أنها صاحت عند إرسالها لمستشفى حميات فى الثالثة من عمرها : « سأكون بنتاً طيبة ، لا ترسلونى » . وعند عودتها للمنزل كانت هادئة للغاية ، وكانت تجلس فزعة فى أحد الأركان معظم الوقت . وعلى الرغم من أنها لم تتحدث إطلاقاً عن هذه الخبرة إلا أنها كانت تلعب ألعاب المستشفى مع عرائسها ، وكان تتخذ من إرسالهم إلى المستشفى عقاباً على شقاوتهم .

وفى الدراسات الشاملة التى أجريت خلال الحرب الأخيرة على أطفال المهاجرين بين سن الخامسة والسادسة عشر ، كان هناك عدد كاف من التقارير عن الاستجابة السيئة للحرمان تؤيد هذه الحالة ، وتوضح أن الأطفال فى هذه السن لم يصبحوا بعد معتمدين على أنفسهم انفعاليًّا . وقد قرر المدرسون أن الشوق للمنزل كان سائداً ، كما انهارت قدرتهم على التركيز فى عمل المدرسة ، وازداد بلّ الفراش ، والأعراض العصبية ، والجناح . ومع أن هذه الاستجابات انتهت فى كثير من الحالات ولم يكن لها آثار خطيرة لاحقة ، إلا أن المشاكل استمرت فى غيرها من الحالات بعد العودة للمنزل .

وبينما نجد مبرراً للاعتقاد بأن جميع الأطفال دون الثالثة وكثيراً جدًّا من الذين بين الثالثة والخامسة يقاسون أثناء الحرمان ، فإن المحتمل أن تكون أقلية الفئة الأخيرة فقط هى التى تتأثر . ويمكننا أن نتساءل : لماذا يتأثر البعض بينما لا يتأثر

البعض الآخر ؟ فعلى عكس ما وجدنا فى جماعات السن الصغير ، نجد أنه كلما كانت علاقة الأطفال فى هذه السن بأمهاتهم حسنة كلما استطاعوا احتمال الانفصال . فالطفل السعيد ، الآمن فى حب أمه ، لا يصبح قلقاً بشكل لا يحتمل ، أما الطفل الذى لا يحس بالأمن ، والذى يشك فى شعور أمه الطيب تجاهه ، فقد يسىء تفسير الأحداث بسهولة . بل إن هذه التفسيرات الخاطئة قد تكون موجودة وخافية على أى شخص ، وتكون فى الغالب خافية على الطفل نفسه . ويؤدى اعتقاد الطفل بأنه قد أبعد لشقاوته إلى القلق والكراهية ، اللذان يؤديان بدورهما إلى ثغرات فى دائرة علاقاته بأبويه . وعلى ذلك فإن الأطفال فيما بين الخامسة والثامنة من العمر ، الذين تعرضوا لتوهم لمشاكل انفعالية ، يمكن بسهولة أن تسوء حالتهم إذا ما خبروا الانفصال ، بينما قد يمر الأطفال الآمنين فى نفس السن بهذه الخبرة دون أن يصيبهم ضرر على الإطلاق . ومع هذا فإنه بالنسبة لكلا هاتين الجماعتين يتوقف الكثير على كيفية إعداد الطفل للموقف ، وكيفية معاملته أثناءه ، وكيفية تناول أمه له عند عودته .

الفصل الثالث

كيف نستطيع دراسة الأضرار الناشئة عن الحرمان من الأم

٢ ــ ملاحظة أطفال كبار تعرضوا للحرمان فى الطفولة المبكرة

ناقشنا الآن بعض آثار الحرمان السيئة المباشرة على صغار الأطفال وبعض آثاره اللاحقة القريبة ، ورأينا أن غير الخبيرين بالصحة العقلية يكونون عُرضة لإنكار وجود مثل هذه الاستجابات أو تجاهلها على أساس أنه لا عواقب لها . وفى هذا الفصل ، سوف نستعرض الأدلة ذات الأهمية البالغة التى تبين أن الذين ينظرون إلى هذه الاستجابات بعين الاعتبار ، إنما يوجهون الاهتمام إلى أمور ذات مغزى خطير من الوجهتين الطبية والاجتماعية .

وفى أواخر عام ١٩٣٠ فوجىء ما لا يقل عن ست باحثين ، كل يعمل على حدة ، بكثرة ما وجدوه من أن الأطفال الذين ارتكبوا كثيراً من الأفعال الجانحة ، والذين كان يبدو أنهم لا يُكنون مشاعر انفعالية لأى شخص ، وكان التعامل معهم صعباً للغاية ــ كان هؤلاء الأطفال على علاقات مضطربة للغاية بأمهاتهم فى سنى حياتهم الأولى . وكانت السرقة المستمرة ، والعنف ، والأنانية ، وسوء السلوك الجنسى من صفاتهم السيئة .

وتلك إحدى الحالات الأولى التى سجلوها ، والتى ما زالت تعتبر حالة نموذجية :

(إن أول مثل أسوقه لبنت فى الثامنة من عمرها ، متبناة قبل فحصها بعام ونصف وقد انتقلت الطفلة ، بعد ميلاد غير شرعى ، من قريب لآخر وأخيراً أحضرت إلى دار لإقامة الأطفال ، ثم وضعت فى دار للتبنى لمدة شهرين قبل أن تأتى للوالدين اللذين تبنياها . وكان مصدر الشكوى منها هو الكذب

والسرقة . وقد وصف الوالدان استجابتها للتبنى بأنها كانت غير متوقعة ، فعندما أخذاها إلى المنزل وعرفاها بحجرتها أرادت أن تستأثر بكل شيء لنفسها ، وعند ما صحباها فى جولة بالمنزل وما يحيط به لم تُبد أية استجابة ، انفعالية إلا أنها كانت تبدو مرحة « ودودة ظاهرياً » . وبعد أسابيع قليلة من الاختلاط بها ، شكت الأم المتبنية لزوجها من أنه لا يبدو أن الطفلة قادرة على إظهار أى ود . فهى ، كما تقول الأم حرفياً ، « قد تقبلك ولكن هذه القبلة لا تعنى شيئاً . » وأجاب الزوج زوجته بأنها تتوقع الكثير ، وأنه يجب عليها أن تتيح للطفلة الفرصة لكى تتكيف مع الموقف ، وسرت هذه الملاحظات عن الأم إلى حد ما ، ولكنها ظلت مصرة على أن هناك شيئاً غير طبيعى . وقال الأب أنه لم يلحظ شيئاً غير طبيعى على الطفلة ، إلا أنه بعد أشهر قليلة شكى من نفس الشيء . وأثناء هذه الفترة ، لاحظ أيضاً أن الطفلة كانت ماكرة مراوغة ، ولم تُجد معها كل سبل الإصلاح .

. . . واشتكت المدرسة من عدم انتباها بوجه عام ، وقلة اعتزازها بنفسها الذى كان يبدو من مظهر أشيائها . إلا أنها مع ذلك كانت تجيد موادها المدرسية ، مما يدل على ارتفاع ذكائها . وقد أقامت كذلك صداقات مع الأطفال ، إلا أنه لم تكن من بينها صداقة واحدة متينة . وبعد عام ونصف من العلاقة بالمريضة ، قال الأب المتبنى : « إنك لا تستطيع التقرب إليها » . وعلقت الأم : « ليست لدى أى فكرة الآن عما يدور فى عقل هذه الطفلة زيادة على ما عرفته عنها يوم أتت . إنك لا تستطيع أن تسبر غورها ، فهى لا تتحدث إطلاقاً عما تفكر فيه أو تشعر به ، إنها تثرثر كثيراً ، ولكن حديثها كله يتصف بالسطحية) .

وهذه باختصار ، كثير من المظاهر النموذجية :

علاقات سطحية ؛ عدم وجود شعور حقيقى — وعدم القدرة على الاهتمام بالناس ، أو اكتساب أصدقاء حقيقيين ؛

تمتع وحنق على من يحاولون المساعدة ؛

عدم الاستجابة الانفعالية للمواقف التى تتطلب ذلك — أى حالة غريبة من عدم الاهتمام ؛

خداع ومراوغة ، لا هدف لهما فى الغالب .

سرقة ؛

قلة تركيز الانتباه فى المدرسة .

والصفة الوحيدة التى ليست نموذجية فى هذه الحالة ، هى اتقان الطفلة لعملها المدرسى ، لأن المفروض أنه يتأثر تأثراً خطيراً فى الغالب .

وقد كانت هناك دراسات كثيرة حول هذا الموضوع بين عامى ١٨٣٧ و١٩٤٣ ، بدأت جملة منها مستقلة ، وتم بعض منها دون معرفة عمل البعض الآخر . وإن اتفاق هذه الدارسات فيما وصلت إليه ، لمما يدمغ نتائجها بطابع الصحة . فباضطراد مستمر كان كل باحث يكتشف أن عجز الطفل عن تكوين العلاقات هو الصفة الرئيسية التى تنجم عنها جميع الاضطرابات الأخرى ، وأن الفترات الطويلة التى يقضيها الطفل فى إحدى المؤسسات ، كما فى الحالة التى ذكرناها ، أو تنقله بين أم بديلة وأخرى هو السبب فى الاضطراب . وقد كانت الملاحظات والاستنتاجات ، وربما العبارات ، متشابهة كأن كل باحث قد كتب تقرير الآخر :

(كانت الشكايا من الأعراض تتخذ صوراً مختلفة . وهى تتضمن غالباً سلوكاً عدوانياً وجنسياً منذ وقت مبكر ، سرقة ، كذب من نوع خيالى دائماً ، وتتضمن أساساً الشكوى من قلة الاستجابة الانفعالية لدى الطفل . ذلك النقص فى الاستجابة الأنفعالية * وتلك الضحالة فى الشعور هما ما يفسران صعوبة إصلاح السلوك .)

* * *

(فى بداية عملنا تعرفنا على جماعة ثالثة من البنات ، كانت غير اجتماعية (أى لا تدرى التزاماتها تجاه الآخرين) ، ولكنها لم تكن عصابية بشكل ملحوظ ،

ولم تجد معها أى وسيلة للعلاج . وأخيراً اتضح أن الصفة الشائعة بين هؤلاء البنات كانت العجز عن تكوين علاقة حقيقية مع أى فرد من الجماعة . وقد يبدو أحياناً أن هناك علاقة طيبة ، ولكن كان

يثبت دائماً أنها سطحية . . . وقد توجد بعض مظاهر الاهتمام ، و إظهار الود ، ولكن لم يقم دليل على إقامة ارتباط حقيقى . وبالاستقصاء عن تاريخ حياتهن السابق ، كانت هذه الصفة بارزة فيهم . . . كان واضحاً أن « هؤلاء البنات » لم تتح لهن الفرصة لإقامة علاقة حب فى الطفولة ، ويبدو أن قدرتهن على إقامة علاقة إنفعالية مع شخص آخر أو جماعة كانت بسيطة أو منعدمة) .

* * *

(كانت تبدو على جميع الأطفال (وعددهم ٢٨) أعراض عدم اكتمال نمو الشخصية مرتبطة أساساً بالعجز عن إعطاء أو تقبل الود ؛ و بمعنى آخر ، العجز عن ربط الذات بالآخرين . . . ويبدو أنه لا مفر من التسليم بأن الأطفال الذين ينشأون فى المؤسسات يتعرضون لنوع من خبرة العزلة ينتج عنها شخصية ذات طابع انعزالى .)

* * *

(أحيلت إلى الجناح الذى نعمل به مشكلتان خاصتان من دارين لإقامة الطفل . أتت إحداهما من دار كان من المعروف أن الظروف بها لا تسمح بأن تنشأ علاقة بين الطفل وأحد من الدار مما لا يدع مجالا للطفل ، حين يصل الخامسة ، بأن يكون قد كون علاقة بأى شخص ، كما لا يكون له نمط معين للسلوك . . . وكانت هناك جماعة أخرى تضم أطفالا وضعوا فى الدار فى طفولتهم المبكرة ، وهيئت لهم أحسن رعاية طبية . . . ولكنهم كانوا محرومين من الاتصالات الاجتماعية وأدوات اللعب . . . وكانوا زائدى النشاط مشتتى الانتباه ، وكانت العلاقات الإنسانية مختلطة عليهم تماماً . . . هذا النوع من الأطفال لا يستجيب لجماعة دار الحضانة ويستمر فى نشاطه الزائد ويكون عدوانيا غير إجتماعى) .

* * *

(يتميز الأطفال الذين الذين أمضوا سنى حياتهم الأولى فى أحد المؤسسات بالعزلة والقدرة المحدودة على العلاقات الودية . ترى هل يمكن أن يجعل عدم وجود علاقة ودية فى بداية العمر من الصعب أو حتى من غير الضرورى لأطفال المؤسسات أن يشاركوا فيما بعد فى العلاقات الانفعالية الإيجابية . . ؟ »

* * *

وردت هذه التقارير إلى منظمة الصحة العالمية من وراء الأطلنطى ، وفى نفس الوقت أدت ملاحظات الدكتور بولبى المستقلة تماماً فى لندن إلى نفس هذه الاستنتاجات :

(إن انقطاع علاقة الطفل بأمه لمدة طويلة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر يترك انطباعاً مميزاً فى شخصية الطفل . ويبدو على مثل هؤلاء الأطفال الأنطواء والعزلة الانفعالية . وهم يفشلون فى إنشاء روابط حب مع غيرهم من الأطفال أو الراشد ين ، ولذلك لا يكون لهم أصدقاء بمعنى الكلمة . صحيح أنهم يكونون أحياناً اجتماعيين بشكل سطحى ، ولكن إذا أمعنا النظر فإننا نجد ألا أساس لهذه العلاقات وأنها لا تتضمن أى شعور انفعالى . وهذا على ما أعتقد ، أكثر من أى شىء سواه ، هو السبب فى صعوبة استثارتهم . ويشكو الآباء والمدرسون من أنه ما من شىء تقوله أو

تفعله ويكون له تأثير على الطفل .وإذا عاقبته فإنه يبكى قليلا، ولكنه لا يبدى أى استجابة إنفعالية لكونه أصبح غير مرضى عنه كما هو المعتاد بالنسبة للطفل السوى ، ويبدو أنه لا يهم تلك النفوس الضائعة أن تكون أو لا تكون محل رضى . وما داموا غير قادرين على إقامة علاقات إنفعالية أصيلة فإن طبيعة العلاقات، فى أى وقت معين تفقد كل معنى بالنسبة لهم ... وقد رأيت أثناء السنوات القليلة الماضية ما يقرب من ست عشرة حالة من هذا النوع فاقد العاطفة ، كانوا دائمى السرقة ، وكان بينهم حالتان اثنتان فقط لم يحدث فيها الإنقطاع لمدة طويلة عن الأم،أما بالنسبة لجميع الحالات الباقية ، فقد حدثت اضطرابات جسيمة فى علاقة الطفل بأمه خلال السنوات الثلاث الأولى . وأصبح الطفل دائم السرقة .)

ومنذ هذه الدراسات السابقة ظهرت « دراسات استرجاعية » كثيرة هامة قام بها أخصائيون فى معالجة الأعراض العصبية واضطرابات السلوك . وقد كشفوا برجوعهم إلى تاريخ حياة الأطفال عن العوامل العامة لنقص الرعاية —التى تنتج إما عن تربيتهم فى المؤسسات أو انتقالهم ، كالطرود ، بين « صورة للأم» وأخرى .

كانت إحدى الطبيبات بمستشفى كبير بنيويورك تشرف على رعاية ما يقرب من ٥٠٠٠ طفلا فيما بين عامى ١٩٣٥ و ١٩٤٤ . وقد وجدت أن الصفات السابق وصفها بدت على نسبة منهم تتراوح بين ٥٪ ، ١٠ ٪ :

(لم تكن هناك قدرة على الحب أو الشعور بالإثم . ولم يكن هناك ضمير . وقد أدى عجزهم عن الدخول فى أيه علاقة إلى استحالة العلاج أو حتى التعليم . ولم تكن لديهم فكرة عن الزمن ، ولذا فإنهم لم يكونوا يستطيعون استعادة (تذكر) الخبرة السابقة ، والاستفادة منها أو التطلع إلى أهداف فى المستقبل . هذا النقص فى تصور الوقت إنما هو مظهر واضح لنقص تنظيم بناء الشخصية) .

وقد شوهد عشرة من هؤلاء الأطفال بعد خمس سنوات . « ظلوا جميعاً يتسمون بالطفلية الزائدة ، والتعاسة ، وانعدام العاطفة ، وعدم القدرة على التوافق مع أطفال الفصل الدراسى أو مع أى موقف جماعى آخر . »

ووصف الدكتور « بولبى » فى كتابته عن الأطفال الذين تناولهم فى لندن كيف كان من الممكن أن نرى فى بعض تواريخ حياتهم طريقة استجابة الطفل لحدث مفزع مؤلم . وقد أكد تأكيداً خاصاً ميل هؤلاء الأطفال للسرقة .

وبتقسيمه جميع الحالات التى رآها فى عيادة توجيه الأطفال إلى قسمين : الذين وجد فى سجلهم أنهم كانوا يسرقون ، والذين لم يكونوا كذلك ، قارن جماعة من ٤٤ لصاً بجماعة ضابطة تشبهها فى العدد ، السن ، الجنس ، ولم يكن أطفالها يسرقون على الرغم من اضطرابهم الانفعالى . وكان الأطفال الذين يسرقون مختلفين عن الجماعة الضابطة فى شيئين رئيسيين : أولا — كان بينهم ١٤ « شخصية غير عاطفية » ، بينما لم توجد واحدة فى الجماعة الضابطة . ثانياً — قاسى ١٧ من الأطفال السارقين من انفصال طويل تام (٦ شهور أو أكثر) عن أمهاتهم أو عن أمهات متبنيات دائمات خلال الخمس سنوات الأولى من الحياة ؛ ولم يقاس من مثل هذا الانفصال سوى اثنين فقط من الجماعة الضابطة . ولا يمكن أن نرجع أحد هذه الفروق إلى محض الصدفة. وقد وجد كذلك أن الشخصيات (الغير عاطفية (affectionless) كان تاريخها دائماً متضمناً للانفصال ، وكانت أكثر جنوحاً من الأخرى ، وهاتان ناحيتان أخريان لهما أهمية كبيرة .

ودلت النتائج على أن الوراثة السيئة كانت أقل شيوعاً بين السارقين (عديمى العاطفة) عنها بين الآخرين . فمن بين الأربعة عشر طفلا الذين فى هذه الفئة يمكن القول بأن ثلاثة فقط كانت وراثتهم سيئة (أى أن آباءهم أو أجدادهم كانوا مصابين بأمراض نفسية خطيرة .) ، ولكن كان لإثنى عشر منهم تاريخ انفصال عن أمهاتهم. » وبذلك يمكن الشك فى أن اللوم يقع على التربية أكثر من الفطرة بالنسبة لحالة الطفل عديم العاطفة .

ويقول الدكتور بولى مختتماً كتابته :

(هناك شواهد قوية جداً تدعو للاعتقاد بان انفصال الطفل لمدة طويلة عن أمه (أو بديلتها) أثناء الخمس سنوات الأولى من عمره يعتبر من أول أسباب تكون الشخصية الجانحة .)

وقد كان من بين الحالات التى وصفها ، حالة ولد يعتقد أنه كان على علاقة

طيبة بأمه حتى سن ثمانية عشر شهراً ، ولكنه مكث فى المستشفى تسعة أشهر كانت زيارات والديه محرمة خلالها . وتوضح بعض الحالات الأخرى أنه قد يكون للإقامة فى المستشفى، وتغيير صورة الأم فى وقت متأخر كسن الرابعة آثار هدامة للغاية فى تكوين شخصية سيكوباتية عديمة العاطفة تأتى بعد سلوك جانح مستمر يصبح علاجها فى غاية الصعوبة .

وهناك دراسات استرجاعية أخرى تمس هذه المشكلة . فمن دراسة سجلات مائتى طفل أقل من سن الثانية عشرة فحصوا فى عيادة لتوجيه الأطفال فى لندن بين عامى ١٩٤٢ و ١٩٤٦ ، وكان يبدو أن الحرب هى التى سببت مشاكلهم أو زادت منها، ظهر أنه فى ثلث الحالات كانت المشاكل نتيجة للهجرة .

ويجب أن نؤكد أن جميع الحالات تقريباً التى كان علاجها صعباً واستغرق مدة طويلة كانت ناجمة عن الهجرة وليست عن خبرة إلقاء القنابل . وقد كان ما لا يقل عن ثلثى الأطفال الذين بدأت مشاكلهم بعد الهجرة أقل من سن الخامسة عند ما هاجروا لأول مرة . وما دام عدد الأطفال الصغار الذين هاجروا كان بسيطاً بالنسبة لعدد الكبار فإن الأرقام تدل بوضوح على مدى تعرض الطفل الصغير على وجه الخصوص للإصابة بالضرر نتيجة لخبرة من هذا النوع .

وقد أدت دراسات المرضى الراشدين كذلك بالقائمين بها إلى استنتاج أن الحرمان من الحب هو السبب فى حالة هؤلاء المرضى النفسية . وقد عبر أحد الأطباء فى كتابته عن مرضى الهستيريا عن وجهة نظره قائلا :

(بغض النظر عن طبيعة الاستعدادات الفطرية للفرد ، فإنه لن يتعرض للهستيريا ما لم يتعرض أثناء طفولته لمواقف من شأنها أن تجعله يفتقر إلى الحب .)

وهو يدرج بين هذه المواقف وفاة أحد الوالدين وانفصال الطفل عن والديه . كما وجد طبيب آخر من بيانات عن ٥٣٠ عاهرة فى كوبنهاجن أن ثلثهن لم

ينشأن فى المنزل ولكن أمضين طفولتّهن فى ظروف مضطربة غير مستقرة .

(ربى ٣٪ منهن لدى أقرب الأقارب ، وأرسل ٣٪ إلى إحدى دور الأطفال ، ونشأ ٢٧٪ فى ظروف مختلفة ، أحياناً فى المنازل أو الملاجئ ، وأحياناً فى مؤسسات ضعاف العقول أو الصرعى ، وأحياناً مع الأقارب .)

« وفى بعض الأحيان كن ينتقلن بين ثلاثة أو أربعة دور مختلفة للتبنى أثناء طفولتّهن . وقد كان ١٧٪ من مجموعهن غير شرعيات . »

والاعتراض على كل هذه الدراسات الاسترجاعية ، هو بالطبع ، أنها تهتم فقط بالأطفال الذين انحرفت نشأتهم ، ولا تأخذ فى اعتبارها هؤلاء الذين ربما مروا بنفس الخبرات بالرغم من أن نشأتهم كانت سوية . ولذلك فإننا سنعرض الآن للدراسات ذات قيمة خاصة ، لأنها تنتقى جماعة من الأطفال وضعوا فى بداية طفولتّهم فى المؤسسات ثم تحاول اكتشاف ما سيصبحون عليه فيما بعد .

قام الدكتور جولد فارب Gold Farb ، وهو إخصائى نفسى من مدينة نيويورك ، ببحث ممتاز وضعت خطته العلمية منذ البداية لاختبار النظرية القائلة بأن الحياة فى بيئة مؤسسة للحضانة ، حيث تندر العلاقات الشخصية فى السنتين أو الثلاث سنوات الأولى من العمر ، خبرة لها تأثير ضار على نمو الشخصية . وكان ما فعله هو أن قارن النمو العقلى لأطفال تربوا حتى سن حوالى الثالثة فى مؤسسة ثم وضعوا فى دور التبنى ، بآخرين انتقلوا مباشرة من معيشتهم مع أمهاتهم إلى دور التبنى حيث استقروا بها . وفى كلتا الجماعتين كان الأطفال يسلمون بواسطة أمهاتهم فى بداية الطفولة (فى الأسابيع التسعة الأولى عادة) . وقد أولى الدكتور جولدفارب اهتماماً كبيراً للتأكد من أن وراثة الجماعتين كانت متشابهة . وكان الأطفال الذين درسوا بدقة أكثر عبارة عن جماعتين تضم كلا منهما خمسة عشر طفلا ، وكانت أعمارهم وقت الفحص تتراوح بين عشر سنوات وأربع عشرة سنة . وكانت إحدى الجماعتين قد وُضعت فى المؤسسة من سن

حوالى ستة شهور حتى سن ثلاث سنوات ونصف ، بينما لم يكن لأطفال الجماعة الأخرى مثل هذه الخبرة (لأنهم وضعوا فى دار التبنى مباشرة) . وكانت ظروف المؤسسة تسمح بمستوى عال من المحافظة على الصحة الفيزيقية بينما كانت تنقصها الضروريات الأولية للمحافظة على الصحة العقلية .

(كان الأطفال الرضع الذين يقل سنهم عن تسعة أشهر يحفظون ، كل على حدة ، فى أسرتهم لمنع انتشار عدوى الأوبئة . وكانت اتصالاتهم الوحيدة بالراشدين تتم خلال الدقائق السريعة عند ما تقوم الممرضات بإلباسهم أو الغيار لهم أو إطعامهم) .

ثم أصبح هؤلاء الأطفال فيما بعد أعضاء فى جماعة من خمسة عشر أو عشرين ترعاهم ممرضة واحدة ليس لديها من التمرين أو الوقت ما يسمح بأن تمنحهم الحب أو الاهتمام . ونتيجة لذلك فقد عاشوا فى « عزلة اجتماعية شبه كاملة أثناء السنة الأولى من الحياة » . ولم تكن خبرتهم فى السنتين التاليتين أفضل من ذلك إلا قليلا . وقد بذل الدكتور جولد فارب جهداً كبيراً لكى يؤكد أن دور التبنى للجماعتين كانت متشابهة ، ويبين – زيادة على ذلك – أن جماعة المؤسسة كانت تمتاز قليلا على الجماعة الضابطة فيما يختص بالمستوى المهنى والتعليمى والعقلى للأم . وعلى ذلك فإن ما يوجد من اختلافات فى الحالات العقلية لجماعتى الأطفال يرجع بكل تأكيد إلى اختلاف خبراتهم فى بداية الطفولة . ويجب أن نتذكر أن أحداً من الأطفال لم يحظ بالحياة فى بيت هادئ سعيد . فقد أمضوا جميعاً ست سنوات أو سبع فى دور التبنى . ومع ذلك فإن الفروق بين الجماعتين واضحة للغاية ومليئة بالمعنى الأليم .

وقد درست جماعتا الأطفال باستخدام كثير من الاختبارات المختلفة ، ووجد أن جماعة المؤسسة كانت متخلفة إلى حد بعيد فى الذكاء ، والقدة على التفكير المجرد ، وفى نضجهم الاجتماعى ، وقدرتهم على اتباع المعايير أو تكوين الصداقات ، عن هؤلاء الأطفال الذين ظلوا مع أمهاتهم لبضعة أشهر ثم

انتقلوا مباشرة إلى رعاية الأمهات المتبنيات . كما كان مستوى ثلاثة فقط من أطفال المؤسسة متوسطاً فى قدرتهم على الحديث ، بينما وصل جميع الأطفال الآخرين إلى هذا المستوى . وقد لاحظ هذا التخلف المستمر فى القدرة على الحديث كثير من الأخصائيين الآخرين كذلك . ويبدو أنه يتعين على الطفل أن يتعلم فن الحديث فى الوقت والمكان المناسبين .

وبينما نجد أن نتائج الدكتور « جولد فارب » تتفق إلى حد بعيد فى معظم الاعتبارات مع نتائج غيره من الملاحظين ، إلا أنه يجب أن نذكر أنها تختلف عن نتائج الدكتور بولبى فى اعتبارين : أولا — كان أطفال نيويورك « ينقصهم العطف » ، بينما لوحظ أن أطفال لندن كانوا « عديمى العاطفة » وقد يكون هذا التناقض ظاهرياً أكثر منه حقيقياً ، فكثير من الشخصيات عديمة العاطفة تتوق إلى العطف ولكنهم غير قادرين تماماً على تقبل العطف أو تبادله . وإن ضعف قدرة جميع الأطفال الذين درسهم جولد فارب على إقامة العلاقات لما يتفق بشكل واضح مع ما أثبتته غير ذلك من الدراسات . كذلك نجد أنه من الغريب ، من وجهة نظر نتائج الدكتور بولبى ، ألا يسرق سوى طفل واحد من أطفال المؤسسة الذين درسهم جولد فارب وألا يهرب أحد منهم من المدرسة . ويحتمل أن يكون هذا الاختلاف صحيحاً ، وفى هذه الحالة يحتاج إلى تفسير ، وربما أمكن تفسيره على هذا النحو : إن جميع حالات « جولد فارب » وضعت فى المؤسسة بعد الميلا د بوقت قصير حتى سن الثالثة ، بينما لم تمر أحدى حالات الدكتور «بولبى» بهذه الظروف ، فقد كانت جميع مشاكلهم ناتجة عن الحرمان لمدة محدودة ، أو عن تغيرات دائمة فى ظروف تربيتهم : وربما كانت سرقتهم محاولة للحصول على الحب والإشباع وبذلك يستعيدون علاقة الحب التى فقدوها ، بينما لم يكن لدى حالات « جولد فارب» التى لم تصادف شيئاً من هذه الخبرات ، ما تستعيده . وقد يتضح بالتأكيد، أنه كلما كان الحرمان تاماً فى السنين الأولى من الحياة ، كلما أصبح الطفل منعزلا

غير مبال بالمجتمع ، بينما كلما تخلل حرمانه فترات من الإشباع كلما هاجم المجتمع وقاسى مما يختلج فى نفسه من تضارب مشاعر الحب والكراهية لنفس الأشخاص .

وقبل أن نترك موضوع كتابات الدكتور « جولد فارب » لابد لنا أن نوضح أنه لا يجب أن نسلم جدلا بأن جميع أطفال المؤسسات يمرون بخبرات متشابهة . فليس من الواضح فقط أنهم غير متشابهين فى ذلك ، ولكن كلما أمعنا النظر فى دراسة الموضوع ، كلما ازداد اعتقادنا فى أن النتيجة تعتمد إلى درجة كبيرة على طبيعة الخبرة السيكولوجية على وجه التحديد . ولكى يكون ما يلى بعد ذلك من الأبحاث مجدياً ، لابد أن نولى اهتماماً كبيراً لابالسن الذى يحدث فيه الحرمان والمدة التى يستغرقها فقط ، ولكن بنوع علاقة الطفل بأمه قبل الحرمان ، وخبرته مع بديلات الأم ، إن وجدت ، أثناء الانفصال ، وتقبل أمه الأصلية أو المتبنية له حين يعود ويستقر معها فى النهاية كذلك .

وهناك دراسات تتبعية أخرى كثيرة ، على الرغم من أنها أقل بكثير فى دقتها ، إلا أنها تؤدى إلى نتائج شبيهة . درس طبيب نفسانى أمريكى يدعى الدكتور لورى « Lowrey » جماعة من الأطفال ضمن ٢٢ حالة أخرى غير منتقاة وضعوا ، باستثناء حالة واحدة ، فى مؤسسة قبيل تمام سنتهم الأولى ، وظلوا بها حتى سن الثالثة أو الرابعة ، حيث انتقلوا إلى جمعية أخرى للتبنى . وقد فحصوا عندما أصبحوا فى سن الخامسة أو أكثر ، فظهرت لديهم جميعاً اضطرابات شخصية شديدة مؤسسة على عدم القدرة على إظهار أو تقبل المحبة. وكانت الأعراض ، التى ظهرت على نصفهم أو أكثر ، تتضمن العدوان والسلبية (التى تبدو فى المخالفة أو العناد) ، الأنانية ، البكاء المستمر ، صعوبة التغذية ، ضعف القدرة على الحديث ، وبل الفراش . كما كانت لديهم مشاكل أخرى — ولكنها كانت أقل شيوعاً بينهم إلى حد ما — مثل النشاط الزائد ، المخاوف ، والقذارة .

وقد قرر كل من الدكتور « جولد فارب » والدكتور « لورى » أن جميع

الأطفال الذين وضعوا فى المؤسسات فى بداية طفولتهم كان نموهم قاصراً بنسبة ١٠٠٪ . وبينت دراسات أخرى أن مثل هؤلاء الأطفال يصلون إلى درجة متوسطة من التكيف الاجتماعى حين يصبحون راشدين . ومع أن هذه النتيجة تتفق مع توقعات رجل الشارع ، إلا أنه من الخطأ أن نبنى عليها الكثير ، طالما أنه من المعروف أن كثيراً جداً من الأشخاص المضطربين نفسياً لديهم القدرة على التوافق لفترات طويلة بشكل واضح . وزيادة على ذلك فإن هذه الدراسات الأخرى كشفت عن نسبة كبيرة من اعتلال الصحة العقلية الظاهر ، التى يرى مؤلفوها أنها تؤيد وجهة النظر التى تقرر الأثر الضار الذى تحدثه ظروف المؤسسات على صغار الأطفال .

وقد عملت دراسة شاملة فى أمريكا منذ عام ١٩٢٤ عن التوافق الاجتماعى على ٩١٠ شخصاً بالغاً كانوا قد وضعوا فى دور للتبنى وهم أطفال . وأجريت مقارنة شيقة بين ٩٥ منهم أمضوا خمس سنوات أو أكثر من طفولتهم فى المؤسسات ، ٨٤ أمضوا نفس هذه السنوات فى المنزل (كانت منازل ٨٠٪ من الحالات سيئة) . ثم وضع جميع أطفال كلتا الجماعتين ، فيما بعد ، فى دور تبنى متشابهة ، وفى أعمار متقاربة ، وبالإضافة إلى ذلك روعى بقدر الإمكان أن تكون الجماعتان متشابهتين فى الوراثة . وقد دلت النتائج على أن الأطفال الذين تربوا فى إحدى المؤسسات كان توافقهم أقل بدرجة ملحوظة عن هؤلاء الذين ظلوا أثناء أول خمس سنوات من حياتهم فى منازلهم الأصلية . وما دامت الجماعتان متشابهتين فى الوراثة ، فلا يمكن إذاً إرجاع الاختلاف إلى هذا العامل . وقد أصبح ما لا يقل عن ثلث أطفال المؤسسة «غير قادرين على الحياة الاجتماعية» ، وكان ما يقرب من نصف هذا الثلث حالات مشكلة وأطفالا جانحين ، وتلك حقيقة جديرة بالتسجيل .

ومن الملاحظ ، مع ذلك ، أنه على الرغم من خبرة الحياة فى المؤسسة فى السنين الأولى ، فإن الثلثين الآخرين أصبحا (قادرين على الحياة الاجتماعية) ،

وإذا صدق ذلك فإنه يكون شيئاً يدعو إلى الرضا ، ولكن نظراً لأنهم لم يفحصوا بواسطة خبير ، فإن المشاكل النفسية التى لا تؤدى إلى عدم الكفاية الاجتماعية لم تسجل .

إن كل الأدلة التى استعرضناها حتى الآن أشارت إلى اتجاه واحد فقط . وقد حان الوقت لاستعراض الدراسات الثلاث التى تأتينا بأدلة تشكك فى صحة هذه الاستنتاجات . ويمكن أن نقول على التو أنه ليس لواحدة منها قيمة علمية كبيرة . وأول هذه الدراسات عبارة عن ملاحظات مختصرة تبحث فى مدى دقة ما ذكره الدكتور « لورى » عن النتائج السيئة التى وجدت بنسبة ١٠٠٪ فى بعض المؤسسات ، وقد سجل هذه الملاحظات أخصائى ذكر أنه شاهد ١٦ طفلا من نفس المؤسسة مروا بنفس الخبرات التى مرت بها جماعة « لورى » ، ولم تبد مظاهر اضطراب الشخصية سوى على اثنين منهم فقط . ولكنه لم يقدم لنا تفاصيلا عن ذلك ، ، ولذا فإنه يبدو أنه لم يقم ببحث منظم للحالات الفردية .

وقارن ناقد آخر جماعة من مائة ولد تتراوح أعمارهم بين تسعة وأربعة عشر سنة يقيمون فى مؤسسة بمائة آخرين يعيشون فى المنزل فى ظروف سيئة ، حيث تكثر النزاعات العائلية ، وحالات تفكك الأسرة . وقد بين ، باستخدامه «صحف الاستبيان» ، أن الجماعتين كانتا متشابهتين فيما وجد عندهما من اعتلال الصحة العقلية . وعيب هذه الدراسة أنها استخدمت «صحف الاستبيان» فقط ، وهى وسيلة غير كافية لقياس الصحة العقلية، بالإضافة إلى أنه ليس بها ما يشير إلى السن الذى دخل فيه الأطفال المؤسسة .

أما أحدث الدراسات الثلاث ، فقد أجراها جماعة من الأخصائيين فى توجيه الأطفال بإنجلترا ، قارنوا بين « النضج الاجتماعى » لجماعتين من الأطفال فى الخامسة عشرة من عمرهم : أحدهما تتكون من ٥١ طفلا أمضوا الثلاث سنوات السابقة أو أكثر فى إحدى المؤسسات ، والثانية تتكون من ٥٢

طفلا عاشوا فى منازلهم ، وهذه الجماعة للمقارنة . وقد ظهر من نتائجهم أنه على الرغم من أن الدرجات التى حصل عليها أطفال المؤسسة كانت أقل عما حصل عليه أطفال العائلات ، إلا أنه عند ما أعيد تقسيم الحالات فى جماعات حسب وراثتهم ، وجد اختلاف شبيه بذلك تماماً . وقد استنتجوا ، اعتماداً على الأرقام ، أن حجة هؤلاء الذين ينسبون أى تأخر اجتماعي أو شخصى نسبة تامة للعوامل البيئية أصبحت واهية ، وأن العوامل التكوينية لا تقل فى أهميتها عن العوامل البيئية فى تنمية النضج الاجتماعى .

هذه الاستنتاجات بعيدة عن الدقة ، ولا يمكن أن تدعم أبداً بما ذكر عنها من أدلة . فبالإضافة إلى النقد الفنى للوسائل المستخدمة فى البحث ، نجد أن بعض أطفال المؤسسة لم يدخلوها إلا عندما أصبحوا كباراً بدرجة كافية فقد كان متوسط السن عند دخول المؤسسة أربع سنوات ، بينما نجد ، وهو ما قد يكون أكثر أهمية ، أنه قد هاجر ما لا يقل عن ٢٢ طفلا من أطفال العائلات بالجماعة الضابطة من منازلهم خلال الحرب ، لمدة تبلغ عاماً وتسعة أشهر فى المتوسط . وإن عملا به أوجه نقص كثيرة كهذه لا يمكن تقبله على أنه يشكك فى صحة النتائج المتفقة تماماً لمن سبق ذكرهم من الباحثين .

وهناك مجموعة أخرى من الحقائق يستشهد بها أحياناً لإثارة الشك حول تلك النتائج — وهى مستمدة من مستعمرات اليهود الجماعية المعروفة باسم « كيبوتز Kibbutz » ، وفى هذه المستعمرات يربى الأطفال ، لأسباب أيديولوجية ، فى دور الأطفال بواسطة ممرضات متفرغات . وينشأ الأطفال الرضع فى جماعات من خمسة أو ستة أطفال ، ثم يدمجون بعد ذلك فى سن الثالثة فى جماعات أكبر تضم الواحدة منها من اثنى عشر إلى ثمانية عشر طفلا . والرعاية التى يتلقاها الطفل تكون جماعية أكثر منها عائلية . وقد نتساءل : أليس ذلك مثالا واضحا على أنه يمكن تهيئة رعاية جماعية دون أن يصاب الأطفال بالضرر ؟ وقبل الإجابة على هذا السؤال يكون من الضرورى أن نمعن النظر فى الظروف

التى نشأ فيها الأطفال . والفقرة التالية جزء منها مقتبس من تقرير أخصائى اجتماعى فى الطب النفسى . وهو أمريكى زار هذه المستعمرات حديثاً ، وجزء آخر مقتبس من مكاتبة شخصية من مركز « لاسكر » لتوجيه الأطفال « "Lasker Child Guidance Centre" » ؛ وهما يصفان الحياة بدقة فى مستعمرات كيبوتزيم » الغير دينية . ويعلق الأول بقوله :

(إن الانفصال مفهوم نسبى ، ولا يجب أن شظن أن الانفصال كما يبدو فى « الكيبوتز » مماثل لانفصال الاطفال الذين يربون فى دور التبنى ، أو المؤسسات بعيداً عن آبائهم . . . فى الكيبوتز تتاح فرص كثيرة للعلاقة المتينة بين الطفل والوالدين) .

والأم لا ترعى الطفل وتطعمه فقط فى الشهور الأولى ، ولكن تبعاً لوصف مركز لاسكر .

(بمجرد أن تنقطع رابطة الرضاعة بين الأم والطفل ، تصبح زيارة الطفل اليومية لحجرة الوالدين بؤرة الحياة العائلية بالنسبة له ، وذلك شىء له أهميته البالغة . وأثناء هذه السويعات القليلة يكون الوالدان أو أحدهما على الأقل فى متناول الأطفال تماماً ، فهم يلعبون معهم ، ويتحدثون إليهم ، ويحملون الأطفال الرضع ويصحبون القادرين منهم على المشى فى نزهات قصيرة . . .إلخ .)

وقد يصل الوقت الذى يمضيه الوالدان مع الأطفال إلى ساعتين أو ثلاث فى أيام العمل وإلى أكثر من ذلك بكثير فى أيام العطلات .

ليس هنا إذا انقطاع تام فى علاقات الطفل بوالديه . وعلى الرغم من أن المدة التى يقضيها الوالدان مع أطفالهم الصغار أقل إلى حد بعيد عما هى الحال فى معظم المجتمعات الغربية الأخرى ، إلا أن التقرير يوضح أن الآباء أناس ذوى أهمية عظمى فى نظر الأطفال ، وكذلك الأطفال فى نظر الآباء . ومن الشيق أن نسجل هنا أيضاً أن الاتجاه يزداد نحو تحمل المزيد من المسئولية. فقد كان على الآباء فيما مضى أن يزوروا الأطفال فى بيت الأطفال — أما الآن فإن الأطفال يذهبون للآباء فى حجرتهم ، وقد يقوم الآباء بتحضير وجبات خفيفة لهم ، ويحتفل الآن بالمناسبات فى حجرة الآباء . كما يحتفل بها فى بيت الأطفال ؛ وتؤكد الأمهات أنفسهن بطلب رؤية أطفالهن كثيراً .

وأخيراً ، ليس من المؤكد على وجه الإطلاق أن الأطفال لا يقاسون من هذا النظام . وبينما يسجل كل من الملاحظين نموا طيباً وتعاونياً فى فترة المراهقة ، إلا أن مركز (لاسكر) يرى أنه يبدو على أطفال (الكيبوتز) ، حتى سن سبع سنوات على الأقل ، مظاهر عدم الشعور بالأمن بدرجة أكبر إلى حد ما عن غيرهم من الأطفال . وهم يرون كذلك أن لحياة الجماعة فى (الكيبوتز) ، التى تمتاز بالألفة والروح المعنوية العالية ، قيمة كبيرة بالنسبة للطفل الكبير والمراهق ، وأنها قد تعوض بعضاً مما عاناه من مشاكل فى سنية الأولى .

يتضح من هذا العرض الموجز أنه لا يوجدهنا دليل يمكن أن يتخذ لزعزعة نتائجنا . وأن الظروف لتسمح بالطبع بفرص ثمينة نادرة للبحث فى نمو الطفل ، ونأمل ألا تضيع دون أن تستغل .

ملاحظة أيتام ولاجئى الحرب

مدتنا الحرب العالمية الثانية بأدلة كثيرة على ما للإنفصال عن العائلة من آثار سيئة على الأطفال فى جميع الأعمار ، وذلك عند ما كان آلاف الأطفال المهاجرين من الدول المحتلة بأوروبا يلقون الرعاية فى سويسرا وغيرها من البلدان. ونظراً لمدى المشكلة ، كان الوقت قصيراً لا يسمح ببحث منظم ، وعلى أى حال فقد تعرض الأطفال لخبرات مختلفة ومفزعة فى الغالب ، بحيث كان من المستحيل تماماً فصل آثار الحرمان عن آثار هذه الخبرات . ويؤكد ملخص نتائج الأخصائيين فى الطب والتربية والترفيه أنه بينما تشير التقارير التى كتبت عن هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات فى الشخصية ناتجة عن الحرب ، فإنها تبين كذلك الدور الأساسى الذى يلعبه إنفصام عرى العائلة فى إحداث هذه الاضطرابات فنقرأ بين ما كتب عن الخبرة بالأطفال اللاجئين فى قرية بسويسرا :

« لم يبق هناك ثمة شك فى أن مرور فترة طويلة من الوقت بدون رعاية فردية وعلاقات شخصية يؤدى إلى ضعف عقلى ، ويؤخر أو يعرقل نمو الحياة الانفعالية ، وبالتالى يكف النمو العقلى السوى . وقد لاحظنا أن الصدمات النفسية الحادة (الخبرات المدمرة) ، مهما كانت خطيرة ، لاتحدث ضرراً بليغاً كالذى تحدثه مظاهر الحرمان الدائمة والقلق النفسى الذى يستغرق فترة طويلة » .

وقد أجريت فى عام ١٩٤٤ دراسة مقارنة محدودة على ٩٧ طفلا يهودياً لاجئاً فى دور للرعاية بسويسرا ، ١٧٣ طفلا سويسرياً فى نفس السن تقريباً (من ١١ – ١٧ سنة) . وقد طلب من جميع الأطفال كتابة مقالة عن «ما أفكر فيه ، ما أرغبه ، وما أتمناه » . ومن فحص هذه المقالات اتضح أنه بالنسبة للاجئين كان الانفصال عن آبائهم هو أكثر خبراتهم ألما على وجه التأكيد. وعلى عكس ذلك ، لم يذكر سوى قليل من الأطفال السويسريين آباءهم الذين من الواضح أن الأطفال كانوا يشعرون أنهم جزءاً طبيعياً وضرورياً من الحياة . وهناك اختلاف كبير آخر بين الجماعتين هو انشغال أطفال اللاجئين الزائد بماضيهم الذى قاسوا فيه أو بأفكار مضطربة مختلطة عن المستقبل . أما الأطفال السويسريين فقد كانوا سعداء بحياتهم فى الحاضر ، الذى كان بالنسبة للاجئين إما فراغاً أو على الأفضل فترة انتقال غير مشبعة . وقد كان يسيطر عليهم – نتيجة لحرمانهم من جميع الأشياء التى تضفى معنى على الحياة ، وخاصة العائلة والأصدقاء – شعور بالفراغ .

وقام أخصائى نفسى آخر كذلك بدراسة الأطفال اللاجئين فى سويسرا ، وآخرين فى معسكر للتجمع . وهو يصف أعراضاً مثل بل الفراش ، والسرقة ، والعجز عن إقامة العلاقات ، وفقدان القدرة على تكوين المثل ، وازدياد العدوان ، وعدم تقبل الإحباط .

وقد درست جماعة من أطباء النفس بضعة ألوف من الأطفال فى « نثرلاند Netherland » بعد الحرب ، نفى آباؤهم فى سنة ١٩٤٢ ، ١٩٤٣ وتربوا فى دور التبنى منذ طفولتهم المبكرة غالباً . وقد قرروا أن التغيير الدائم لدور

التبنى كانت له دائماً أبداً آثار سيئة للغاية ، تؤدى بالطفل إلى أن يصبح انعزالياً متبلداً . وكان يصحب ذلك أحياناً سطحية فى السلوك الاجتماعى وشيوعية فى العلاقات الجنسية . وقد تمكن بعض الأطفال من التأقلم لتغير واحد، إلا أن البعض الآخر منهم لم يستطيعوا حتى أن يتحملوا هذا القدر ، ونشأت لديهم أعراض كالقلق ، الاكتئاب ، والمطالب الزائدة، وبل الفراش . وقد ظل كثير من الأطفال مضطربين انفعالياً وفى حاجة للعلاج عند اختبارهم بعد الحرب . وقد لوحظ أن الأطفال الذين كانت لهم علاقات عائلية طيبة قبل الانفصال كان يمكن مساعدتهم على التوافق ، أما الذين كانت ظروفهم العائلية سيئة فقد كانت حالتهم لا تبشر بالخير .

وأخيراً يجب أن نعرض لدراسة سيكولوجية وإحصائية واسعة النطاق ، أجريت فى أسبانيا بعد الحرب الأهلية ، على ما يزيد على ١٤٠٠٠ حالة من الأطفال المهملين والجانحين كانوا يقيمون فى ضواحى برشلونة . وهنا أيضاً نجد إثباتاً للدور السيىء الحتمى الذى يلعبه انهيار العائلة فى نمو الشخصية ، وللأهمية الحيوية للحياة العائلية للنمو الاجتماعى والمعنوى الطيب . وإن اتفاق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدكتور (جولد فارب) المتعلقة بإعاقة النمو العقلى لمما يثير الانتباه . فقد كانت مستويات ذكاء الأطفال المهملين والجانحين أقل بكثير عن الجماعة الضابطة . كما لوحظ كذلك أن قدرتهم على التفكير المجرد كانت أضعف، والأدلة ــ فى رأى الباحث ــ تشير إلى وجود علاقة قوية بين نمو الملكات العقلية المجردة وبين العائلة وحياة الطفل الاجتماعية . وهو يخص بالذكر الصفات التالية للطفل المهمل والجانح .

(ضعف وصعوبة فى الانتباه راجع إلى عدم الثبات الانفعالى للشخص . إدراك ضئيل للغاية للحقائق الموضوعية ، تخيلات طاغية ونقص تام فى القدرة على النقد . عدم القدرة على التجريد الدقيق والتعليل المنطقى ، وتأخر ملحوظ فى نمو اللغة .)

وإن تشابه هذه الملاحظات عن الأطفال المحرومين بتلك الملاحظات عن أيتام الحرب ومشرديه لمما يترك انطباعاً فى نفس القارئ بلا شك .

الفصل الرابع

نتائج الملاحظات

استعرضنا الأدلة بشيء من التطويل لأن المعرفة بكثير منها ما زالت قاصرة ، ولأن تحديد ما إذا كان الحرمان يؤدى إلى اضطرابات عقلية لا زال موضع جدل . ونعتقد أن الأدلة الآن لا تدع مجالا للشك فى افتراضنا العام بأن حرمان الطفل الصغير لمدة طويلة من الرعاية الأموية قد يحدث آثاراً خطيرة بعيدة المدى على شخصيته وبالتالى على كل مستقبل حياته . وعلى الرغم من أن ذلك افتراض مماثل تماماً فى صيغته لتلك النظريات الخاصة بالأضرار اللاحقة للحصبة الألمانية قبل الميلاد أو الحرمان من فيامين (د) فى الطفولة ، إلا أننا نجد مقاومة عجيبة لتقبله . وما زال هناك فعلا أطباء نفسيون فى جميع البلدان يعارضون هذه النتائج على الرغم من أن قليلا منهم فقط من تمرن فى الطب النفسى للأطفال أو لديه خبرة العمل فى عيادة لتوجيه الأطفال ، وعملهم قاصر على فحص المرضى الكبار فى سن يكون من الصعب فيه أو من المستحيل إلقاء الضوء على ما حدث حقيقة فى سنيهم الأولى . وزيادة على ذلك فإن المعلومات التى يدلى بها المرضى عادة عن خبرات طفولتهم تكون ناقصة ومشوهة لدرجة أن كثيراً من الأطباء ينظرون إلى قصصهم على أنها ليست سوى تخيلات ، ويهملون تماماً الآثار الحقيقية السيئة للطفولة الغير سعيدة . ومن الحقيقى طبعاً ، أنه لا يوجد حتى الآن سوى القليل جداً من الدراسات المنظمة والمقارنات الإحصائية التى استخدمت فيها جماعات ضابطة مناسبة . والدراسات القائمة بذاتها قليلة نسبياً وهى مقنعة للغاية . ولكن حين تجمع كل الأدلة سوياً ، بالإضافة إلى ما يعتد به من آراء الأخصائيين الخبيرين بتوجيه الأطفال فى كثير من البلدان

المختلفة فإننا نرى أن هناك اتفاقا ملحوظا بينهما مما لا يدع مجالا للشك فى أن الافتراض الأساسى صحيح . وربما يرجع الصد عن قبوله إلى حقيقة أنه لو تم ذلك لنتج عنه تغيرات كبيرة فى مفهومات الطبيعة الإنسانية وفى طرق رعاية صغار الأطفال .

ومهما يكن الأمر ، فإنه على الرغم من أن الافتراض الأساسىّ قد يعتبر مؤكدا ، فإن المعرفة بالتفاصيل ما زالت للأسف ضئيلة . تماماً مثلما ثبت من أن نقص فيتامين (د) يسبب الكساح ، وأن الكالسيوم يشترك فى ذلك بشكل ما ، بالرغم من أنه لم يعرف بعد شىء عن الكميات اللازمة من المادتين أو عن العلاقة بينهما . كذلك من المعروف أنه يمكن أن يكون للحرمان نتائج سيئة ، ولكن مدى الحرمان الذى يستطيع الأطفال تحمله فى مختلف الأعمار لم يحدد بعد . وسنلخص الآن ما أمكن الحصول عليه من أدلة ونورد من النتائج المستخلصة بقدر ما يسمح به المقام .

هناك أولا ، دليل قاطع على أن الحرمان يمكن أن تكون له آثار ضارة على نمو الأطفال (ا) أثناء مدة الانفصال، (ب) أثناء الفترة التالية مباشرة للعودة إلى رعاية الأم ، (حـ) وآثار دائمة . أما حقيقة كون بعض الأطفال يفلتون من ذلك فليست بذات أهمية . ويصدق هذا أيضاً إذا ما شرب الأطفال لبناً ملوثاً بجراثيم الدرن أو تعرضوا لفيروس مرض شلل الأطفال . فى كلتا الحالتين تصاب نسبة كافية من الأطفال بضرر بليغ بحيث لا يفكر أحد على الإطلاق فى تعريض الطفل لمثل هذه الأخطار عن قصد . والحرمان من رعاية الأمومة فى الطفولة المبكرة إنما هو خطر من نفس هذه الفئة .

وتشير معظم الأدلة ، عن الآثار بعيدة المدى ، إلى الاضطرابات الخطيرة التى تتبع الحرمان الشديد . ومن الأسهل أن نبدأ من هذه العلاقات القائمة فعلا عن تلك التى لم تفهم جيداً بعد . والأدلة تبين أن هناك ثلاث خبرات مختلفة إلى حد ما تنتج شخصية عديمة العاطفة وجانحة وهى :

(ا) عدم وجود أى فرصة لتكوين ارتباط مع صورة للأم أثناء السنوات

الثلاث الأولى .

(ب) الحرمان لمدة محدودة — ثلاثة أشهر على الأقل ، وربما أكثر من سنة — أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى .

(ح) الانتقال بين صورة وأخرى للأم أثناء نفس الفترة .

وعلى الرغم من أن النتائج العامة لهذه الخبرات المختلفة تبدو واحدة ، إلا أنه يحتمل أن تكشف دراسة أكثر دقة عن بعض الاختلافات .

وعلى الرغم من أنه قد يكون صحيحاً ، كما يعتقد بعض الملاحظين ، أن الأطفال الذين يوضعون فى المؤسسات لفترات قصيرة بعد سن حوالى عامين لا تنشأ شخصياتهم عديمة العاطفة ومنعزلة ، إلا أننا نعرف عدداً كافياً من الحالات التى انتقل فيها الأطفال بين صورة وأخرى للأم أثناء سنتهم الثالثة والرابعة ونشأت شخصياتهم مزودة بميول مضادة جداً للمجتمع وأصبحوا عاجزين عن تكوين علاقات مُرضية مع أناس آخرين ، مما يوضح أن النتائج السيئة قد تحدث حتى فى هذا السن . ومن الطبيعى أن التأثير على نمو الشخصية فى أى سن معين إنما يعتمد على طبيعة الخبرة ذاتها التى يتعرض لها الطفل . وغالباً جداً ما لا تكون جميع المعلومات المتعلقة بهذه الخبرة متوفرة ، والحقيقة أنه من أكبر عيوب الأدلة الحالية نقص الدقة والتفصيل فى هذه الناحية .

ومع أن جميع المشتغلين بهذا الموضوع يتفق الآن على ما لأول عام من الحياة من أهمية حيوية ، إلا أنه لازال يقوم بعض الجدل حالياً حول السن الذى يكون فيه للحرمان أسوأ النتائج . وقد أشار الدكتور « بولبى » بعد استعراضه لحالاته إلى أن الانفصالات التى يبدو أنها تسبب ضرراً قد حدثت جميعها بعد سن ستة أشهر ، وفى غالبية الحالات بعد اثنى عشر شهراً ، ولذلك نزع إلى استنتاج أن الانفصال والحرمان فى أول ستة أشهر من الحياة كانا أقل أهمية بالنسبة لرفاهية الطفل عما لو حدثا فى وقت متأخر عن ذلك . وهذه أيضاً وجهة نظر الآنسة (أنّا فرويد) . ومع هذا فإن ذلك ما زال موضع بحث من آخرين

يُضفون أهمية خاصة على أول نصف سنة من الحياة . ومهما كانت نتيجة هذا النزاع ، فإن دراسة الدكتور (جولد فارب) التى يفحص فيها علاقة التوافق الاجتماعى للمراهقين بالسن الذى دخلوا فيه المؤسسة ، تشير إشارة صحيحة إلى الخطر الخاص الذى يحيق بالطفل فى السنة الأولى بالمقارنة بالسنين التالية . وتقدم لنا دراسات أمريكية أخرى على أطفال كان حرمانهم مقصوراً على السنة الأولى ، وقد بدى عليهم تأخراً مشابهاً واضطراباً فى الشخصية — تقدم لنا مزيداً من الأدلة بخصوص السنة الأولى كلها ، إلا أنها لا تشير إلى مشكلة حساسية الطفل خلال النصف الأول من هذه السنة على وجه الخصوص .

وعلى ذلك فإنه يجب أن نسجل الآن أن جميع دارسى هذا الموضوع متفقون على أن الحرمان الذى يحدث فى النصف الثانى من السنة الأولى من الحياة له أهمية كبيرة ، وأن الكثير منهم يعتقد أن ذلك صحيح أيضاً بالنسبة للحرمان الذى يحدث فى النصف الأول ، وخاصة فى الفترة من ثلاثة إلى ستة أشهر . وإن الرأى الوسط فعلا ، هو أن ضرراً جسيماً يمكن أن يصيب الصحة العقلية نتيجة للحرمان فى هذه الأشهر ، وتلك وجهة نظر تؤيدها بلا شك الملاحظات المباشرة ، السابق وصفها ، عن آثار الحرمان الضارة المباشرة على الأطفال فى هذه السن .

وهناك ، مع ذلك ، ناحية أخرى — هى مدى الوقت الذى يمكن فيه أن تصلح العودة إلى رعاية الأم على الأقل من بعض ما أحدثه الحرمان فى هذه الشهور الأولى من أضرار . إن التحسن الذى طرأ على كثير من الأطفال الذين تُبنوا بين الشهر السادس والتاسع والذين أمضوا أول نصف عام لهم فى ظروف من الحرمان لمما يؤكد فعلا أن آثار الأضرار التى تحدث فى سن مبكرة يمكن أن تخف إلى حد كبير بالنسبة لكثير من الأطفطال على الأقل ، على شريطة أن تتاح لهم أمومة طيبة فى الوقت المناسب. وما أثبتته دراسات الدكتور (جولدفارب بدون أى شك هو أن مثل هذه الرعاية الأموية غالباً ما تكون عديمة الجدوى إذا

ما تأخرت إلى ما بعد سن عامين ونصف . والحقيقة أن هذا الحد الأعلى للسن قد يكون قبل سن اثنى عشر شهراً بالنسبة لمعظم الأطفال . ولكن لا يجب أن يؤدى احتمال وجود حد للأمان إلى الغبطة والرضى . فليست حقيقة إمكان إصلاح بعض الأضرار التى يحدثها الحرمان فى الشهور الأولى عذراً للسماح به منذ البداية .

وقد أصبح الأطباء النفسيين للأطفال على علم بكثير من مظاهر الأمراض العقلية الكاملة التكوين وما يحدثها من خبرات . ومع هذا فإن المهتمين بهذه المشكلة يشيرون إلى وجود حالات أقل اضطراباً يتسبب فى إحداثها حرمان أقل شدة ، وهى منتشرة انتشاراً كبيراً . ولا ينطبق ذلك فقط على كثير من الأشكال الأخرى للشخصية غير المتوافقة ، بما فى ذلك مرض الهستيريا ، ولكن كثيراً من حالات القلق والاكتئاب تنشأ أكيدا أو تسوء نتيجة لخبرات الحرمان فى الغالب .

(نرى أمثلة على ذلك لدى الأشخاص البالغين الذين تمثل حياتهم الاجتماعية سلسلة من العلاقات بأناس أكبر منهم سنا ، كل منهم بديلا عن الأم . وقد تكون هذه العلاقة مفردة أو مجتمعة ، والمسألة ببساطة هى أنه لا بد للمريض ، طيلة حياته ، أن يكون على علاقة بشخص يشبع له نفس الحاجات التى كانت محبطة فى خبرته الأصلية مع الأم . ويصبح أسلوب الحياة بعد ذلك قائما على استمرار مثل هذه العلاقات . وحينما تتوقف إحداها تنشأ فترة من الاكتئاب أو شعور بنقص جسيم ، حتى تقوم علاقة أخرى . وهناك نمط آخر من الاستجابة يرى على شكل مطالب متزايدة من الشخص المختار لإشباع حرمان هذه الحياة المبكرة . . . والمشكلة هى دائماً نفسها — مطالب زائدة للطعام ، النقود ، والمزايا) .

وغالباً ما يتجاهل الذين لديهم هذه المشاكل وجودها بإظهارهم الدائم للمرح والنشاط . وتكون تلك محاولة منهم لاقناع أنفسهم بأن الله موجود فى عليائه وأن الدنياما زالت بخير . وهى حقيقةهم أبعد ما يكونون عن الاعتقاد فى صحتها حقيقة . ومن الطبيعى أن تصادف هذه الوسيلة بعض النجاح ، ولكن نظرا لأنها قائمة على الإنكار ، فإنها تكون معرضة دائماً لخطر الانهيار تاركة صاحبها بذلك فى حالة من اليأس . وزيادة على ذلك فإنها حتى إذا ما أفلحت فإن

النشاط الزائد وعدم تحمل الإحباط يضايق الآخرين ، كما أنها كثيراً ما تؤدى إلى الجنوح .

وعلى الرغم من أن هذه الحالات كثيرة للأسف ، إلا أنها أكثر قابلية للعلاج عن الأشكال الحادة . فكل أطباء النفس متفقون على أن علاج الشخصية عديمة العاطفة والجانحة عمل شاق ، فبسبب عجزهم عن إقامة العلاقات يفقد الطبيب النفسى أداته الرئيسية : ويتعين عليه فى هذه الحالة بالطبع أن يكون حاذقاً فى سياسة مرضى يكرهونه ؛ كما يجب أن يتعلم أساليب يترك بها تأثيراً طيباً فى المرضى الذين لا يكنون له أى شعور على الإطلاق . وعلى سبيل المثال ، أعطى علاج نفسى لمدة تزيد على ست سنوات لثمانين فتاة فى دار صغيرة للفتيات الجانحات فيما بين سن الثامنة عشرة والسادسة عشرة . وقد نجح العلاج بالنسبة لنصفهن وفشل مع النصف الآخر . ولم تكن الاستجابة للعلاج راجعة إلى الذكاء أو الوراثة ولكن علاقة ذلك بخبرات الأطفال العائلية المبكرة ملفتة للنظر .

إن الإخفاق فى علاج جميع هؤلاء الذين عانوا من الصد ولم تكن لهم على الإطلاق علاقة حب ، لمما يستدعى إلى الأذهان ما لاحظه الدكتور (جولدفارب) من أنه لم ير أبداً «حتى ولو مثلا واحداً لإستجابة طيبة معقولة للعلاج بالوسائل التقليدية فى الطب النفسى للأطفال » . ويذهب دكتور آخر إلى حد بعيد حتى أنه ليقول : « إذا حدث النقص مرة فلا يمكن أن يصلح ، وينصح بألا تحاول وسائل الرعاية أن تشفى أو تصلح ، ولكن « يجب أن تكون وقائية وأن تهدف إلى خلق علاقة اعتمادية . وهناك آخرون أكثر تفاؤلا ويعتقدون أنه إذا سمح للطفل بأن يعود إلى سلوك طفلى تماماً فإنه تكون هناك فرصة لنموه من جديد فى اتجاه أفضل . والعمل الذى أجرى فى قرية الأطفال فى إسكا « SKA » بجوار « ستكهولم »، يعتبر مثلا على تجربة أوربية فى هذا الصدد . فهناك يشجع الأطفال على أن يصبحوا معتمدين تماماً على أمهم فى دار الأطفال ويسمح لهم بأن يرجعوا إلى سلوك الطفل الرضيع حتى أنهم يتناولون

طعامهم من زجاجة الرضاعة . وهذه التجربة وغيرها من التجارب الشبيهة التى أجريت فى الولايات المتحدة يجب أن تفهم بحذر ، طالما أن هناك جدلا حول مدى السيطرة التى يجب أن تباشر مع الأطفال . وربما احتاج الأمر إلى عدة سنوات قبيل إمكان الحكم على نجاح مثل هذه الوسائل .

إن ما فى متناول أيدينا من الأدلة يوحى بأنه ما من شىء يمكن أن يكون عظيم النفع سوى الإقامة لمدة طويلة مع شخص بالغ ، لديه استبصار بالمشكلة ومهارة فى معالجتها ، ووقت غير محدود للتضحية من أجلها . ولكن ذلك لا يكلف غالياً جداً فقط ، بل إنه لا يمكن أن يتاح لأكثر من جزء ضئيل من الحالات. أما الطريقة العملية حقاً والأقل تكلفه على وجه العموم ، فهى تهيئة وسائل الرعاية للأطفال بعد الميلاد وفى باكورة الطفولة بحيث نمنع ظهور هذه الحالات .

الفصل الخامس

مشاكل نظرية

إن كيفية نمو شخصياتنا وكيفية اعتماد هذا النمو على أن نكون على صلة دائمة بشخص ما يهتم بتغذيتنا وبحاجاتنا الأخرى خلال الوقت الحرج من سنى حياتنا الأولى ، وأثناء ما تكون قدرتنا على التوافق مع العالم الخارجى من الأشياء ما تزال فى نموها لمسألة مثيرة للانتباه حقًّا . والمشاكل التى تنشأ معقدة جدًّا ، وهى ليست على أية حال مفهومة بوضوح حتى الآن . على أن تقدمنا فى التطبيق سوف يعتمد إلى حد كبير على ازدياد تعمقنا فى فهم الجانب النظرى .

إن شخصيتنا كلما نمت قل خضوعنا شيئا فشيئا لرحمة الظروف المحيطة بنا مباشرة ، والأساليب التى تؤثر بها علينا ، وتزداد قدرتنا على اختيار وخلق ما يحيط بنا ، وعلى رسم خطط مستقبلة ، لفترات طويلة من الزمن غالبا ، لما نريده من الأشياء . ويعنى ذلك ضمن ما يعنيه أن علينا أن نتعلم التفكير بشكل مجرد ، وتنمية خيالنا ، وأن ندخل فى حسابنا أشياء غير مجرد مشاعرنا ورغباتنا الحالية ، وعندما يصل الفرد إلى هذه المرحلة فقط يكون قادرا على أن يتحكم فى رغبته العاجلة من أجل إشباع حاجاته الآجلة الأكثر أهمية . إننا نتوقع من طفل الثالثة أو حتى الخامسة أن يجرى فى الطريق ويتبع كرته — ففى هذه الأعمار يكون الطفل لا يزال إلى حد كبير تحت رحمة الموقف المباشر . وعندما يكبر نتوقع منه أن يضع فى اعتباره أشياء أكثر وأن يفكر مستقبلا . وعند سن العاشرة أو الحادية عشرة يكون قادرا على تتبع أهداف تبعد عدة أشهر من الوقت . وفى السادسة عشر أو الثامنة عشر يكون الطفل الأكثر نضجاً قادراً على عمل تجريد ماهر جدًّا فى الزمان والمكان . تلك هى العملية التى يحرر بواسطتها الفرد نفسه

من عبودية غرائزه ودوافع اللذة المباشرة ، وتنمو لديه عمليات عقلية أكثر تكيفا مع مطالب الواقع .

وعن طريق هذه العملية ننمى فى أنفسنا وسائل التنسيق بين رغباتنا المختلفة والمتضاربة غالباً ، ونتعلم أن نبحث عن سبل إشباعها فى العالم الخارجى : ونبدأ فى التمييز بين الأشياء التى نريدها فى المستقبل ، وفى معرفة ما نرغب فيه أكثر من غيره من الأشياء ، وفى إدراك أن بعض الرغبات يجب أن تتنحى لتفسح الطريق لغيرها ، حتى تصبح أفعالنا هادفة وحتى لا تتعارض بشكل عشوائى . ونظراً لأن إحدى حاجاتنا الهامة الدائمة أن نظل على علاقات صداقة وتعاون مع الآخرين ، فلابد أن نضع مطالبهم نصب أعيننا جيدا : من هذا الإدراك لما يسر من حولنا من الناس وما يغضبهم من أشياء تنشأ أسس الضمير .

ونحن لا تكون لدينا القدرة بعد الميلاد وفى الطفولة المبكرة ، على أن نسلك تبعاً لهذا الأسلوب القائم على التفكير فى سبيل إشباع حاجاتنا أو إدراك مطالب الآخرين . وخلال هذا الوقت تتصرف الأم للطفل فى كلتا هاتين الناحيتين . فهى ترتب له أين سيكون ، ومتى سيتغذى وينام ويغتسل ، وتمده بكل شىء ، وتسمح له بأن يؤدى بعض الأشياء وتمنعه من أمور أخرى . فهى إذاً ، شخصيته وضميره . وبالتدريج يتعلم الطفل هذه الفنون بنفسه ، وعندئذ يترك له الآباء المهرة القيام بهذه الأدوار . وتلك عملية بطيئة ، دقيقة ، ومستمرة تبدأ حينما يتعلم الطفل أولا المشى وإطعام نفسه ، ولا تنتهى تماماً حتى يبلغ النضج . ولكن نمو ذات الطفل وضميره يمكن أن يتم بشكل مُرضى فقط عندما تكون أول علاقاته الإنسانية دائمة وسعيدة .

ونجد هنا تماثلا بين هذه العملية وبين نمو الجنين أثناء الوقت الذى تتخذ فيه الأنسجة ــ التى لم تتبين فيها بعد صفات الأجزاء المختلفة لطفل المستقبل ــ هذه الصفات تحت تأثير مواد كيميائية معنية تسمى المنظمات (organisers) . فإذا ما سار النمو بشكل طبيعى فلا بد أن تتعرض الأنسجة لتأثير المنظم المناسب

فى فترات محددة معينة ، وكذلك الحال إذا سار النمو العقلى بشكل طبيعى ، فلابد للعقلية غير المتكونة أن تتعرض ، أثناء فترات محددة معينة ، لتأثير المنظم النفسى — وهو الأم .

ولهذا السبب فإنه نظراً للاضطرابات التى تتعرض لها الشخصية والضمير ، يكون من اللازم أن نلقى نظرة على مراحل تطور قدرة الطفل على إقامة العلاقات الإنسانية . وهذه المراحل كثيرة ، ومتداخلة بالطبع . وأهمها المراحل التالية التى نعرضها هنا عرضاً عاماً :

(ا) المرحلة التى يكون الطفل الرضيع خلالها بسبيل إقامة علاقة بشخص تقمصه بوضوح — أى أمه ، ويبلغ الطفل هذه المرحلة فى الحالات السوية عند سن خمسة أو ستة أشهر .

(ب) المرحلة التى يحتاج الطفل خلالها إلى أمه كرفيق حاضر دائماً ، وتستمر عادة حتى حوالى سنته الثالثة .

(حـ) المرحلة التى يصبح أثناءها قادراً على الاحتفاظ بالعلاقة بأمه فى غيابها . وهو يحتفظ بهذه العلاقة خلال السنة الرابعة أو الخامسة فى ظروف ملائمة فقط ولعدة أيام أو أسابيع فى مدة الغياب الواحدة . وبعد سن سبع أو ثمان سنوات يمكن أن يستمر الاحتفاظ بهذه العلاقة لفترة سنة أو أكثر ، إلا أن هذا لا يتم بدون عناء .

والأعمار التى تكتمل فيها هذه المراحل تختلف ، بلا شك ، من طفل لآخر مثلما تختلف مراحل النضج الفيزيقى . فمثلا تكتمل القدرة على المشى فى أى وقت بين الشهر التاسع والرابع والعشرين ، وكذلك يختلف النمو النفسى . وإذا كان الأمر كذلك ، فمن الحكمة أن نحسب السن ، فى الأبحاث ، بمرحلة النمو التى يصل إليها الطفل ، بدلا من العمر الزمنى الفعلى ، ما دام يبدو مؤكداً أن نوع الاضطراب النفسى الذى يتبع الحرمان ودرجته تعتمد على مرحلة النمو التى يصلها الفرد عند وقوع هذا الحرمان . وبتقديمنا هذه النظرية فإننا نتبع

مرة أخرى المبادئ الثابتة المستخلصة من دراسة الأجنة . والمعروف أن :

(الشذوذ يحدث نتيجة لإصابة منطقة يجرى فيها نشاط كبير فى النمو فى الوقت المناسب . . . وتميل الاضطرابات المحتملة لأن تنقسم إلى فئات وأنواع تبعاً لأكثر المراحل والمناطق أهمية فى النمو . . . والأضرار التى تحدث مبكراً سوف تحدث عموماً اضطرابات منتشرة فى النمو . . أما الأضرار المتأخرة فإنها ، على العكس ، قد تنتج نقصاً موضعياً) .

وبالإضافة إلى ذلك فإن :

(أى نسيج غير متمايز يمكن أن يستجيب لمنظم خلال فترة محدودة فقط . ولابد له أن يكون قد وصل إلى مرحلة من التمايز حتى يستجيب ؛ وبعد ذلك يصبح طابعه ثابتاً ، بحيث لا يمكن أن يخضع إلا لنمط محدود من الاستجابة .

وبنفس الطريقة تستطيع الأم بمجرد وجودها وحنوها أن تعمل كمنظم فى عقل الطفل ، الذى ما يزال فى مراحل غير متطورة تماماً من النمو المبكر جداً . ولكن الوقت الذى يمكن فيه إجراء هذا العمل موقوف ، كما هو الحال بالنسبة للمنظم الكيميائى ، على الوقت الذى لم تكن فيه شخصية الطفل قد تكونت بعد ، (وذلك بالطبع أمر مختلف تماماً عن التأثير المستمر للأم على الطفل فيما بعد . والدليل واضح تماماً على أنه إذا لم تتم أول مرحلة من النمو — وهى تكوين علاقة بشخص معين معروف بشكل مُرضى ، خلال الاثنى عشر شهراً ، الأولى أو ما يقرب من ذلك ، كانت هناك صعوبة كبرى فى إصلاح ذلك ، لأن النسيج النفسى يكون قد اتخذ شكلا ثابتاً . (وقد يكون حد السن بالنسبة لكثير من الأطفال مبكراً عن ذلك بكثير) . ويبدو ، بالمثل ، أن هناك حدا لابد أن تتم فيه المرحلة الثانية والثالثة إذا كان مقدراً للنمو أن يسير قدما . وعمليات النمو الحيوية ، هذه ، هى التى تعرقلها خبرة الحرمان . وتبين الملاحظات التى تمت على الأطفال الذين خبروا حرمانا شديداً أن شخصياتهم وضمائرهم لم تنم ، فسلوكهم اندفاعى وغير متحكم فيه ، وهم يعجزون عن تتبع أهداف بعيدة

لأنهم يكونون ضحايا النزوات الوقتية . فجميع رغباتهم تنشأ بدرجة متساوية ، وتعامل بدون تمييز . ولا تكون لديهم القدرة على مراجعة أنفسهم أو تكون واهية . ولا يستطيعون ، دون مساعدة غيرهم من الناس ، أن يشقوا طريقهم فى الحياة بنجاح — فهم يترنحون بين هذا الطريق وذاك تبعاً لكل إغراء . وعلى ذلك فهم شخصيات غير فعالة عاجزة عن الاستفادة من الخبرة ، وهذا العجز هو أسوأ عيوبهم . ونحن لانستطيع ، حتى الآن ، أن نفسر تماماً كيف يحدث الحرمان من رعاية الأم هذه النتيجة ، ولكن اثنين من الملاحظات التى عرضت لنا منذ برهة قد تؤدى بنا بشكل ما إلى فهم هذه المشكلة . وهما ، أولا : اكتشاف الدكتور « جولدفارب » لما لدى هؤلاء المرضى من صعوبة فى التفكير المجرد ، والتعامل بالأفكار أكثر من الارتباط بالأشياء التى تدركها الحواس مباشرة . وثانياً ، ما لاحظه الأطباء الذين حاولوا مساعدتهم من عدم قدرتهم على الخروج عن أنفسهم عن طريق إظهار الود لأناس آخرين أو الاهتمام بأشياء خارج عالمهم الذاتى .

وقد ظهر لدى جميع الأطفال الذين درسهم الدكتور « جولدفارب » فى المؤسسات عجزا خاصًّا وخطيراً فى التفكير المجرد . وقد رأينا الآن أن مثل هذا التفكير ضرورى لنمو الذات والضمير — فالطفل لا بد أن يتعلم التفكير قبل أن يتصرف ، وأن يتخلى عن الاستجابة آليا لكل حدث كالصوت أو الضوء ، أو الجوع أو الألم : وحينئذ فقط يصبح شخصاً كاملا . وعلى ذلك قد يكون صحيحاً أنه إذا لم تنم القدرة على التفكير المجرد بشكل مناسب فإن الشخصية لا يمكن أن تنمو تماماً . ولكن إذا كان الأمر كذلك ، فإنه يبقى أمامنا سؤال يحتاج إلى حل وهو : لماذا يضر الحرمان بالقدرة على التفكير المجرد .

إن إخفاق نمو شخصية الأطفال المحرومين يمكن فهمه بسهولة أكثر إذا ما علمنا أن الأم هى التى تكون بمثابة شخصية الطفل وضميره فى أول سنى حياته . ولا يمر أطفال المؤسسة أبداً بمثل هذه الخبرة ، ولذلك لا تكون لديهم

الفرصة على الإطلاق لتكملة أول مرحلة من النمو – وهى إقامة علاقة بصورة معروفة واضحة مع الأم . وكل ما خبروه هو تتالى بديلات عن الأم يتغيرن دائماً وتساعدهم كل منهن بشكل محدود ، ولكن ما من واحدة تمدهم بالاستمرار الزمنى ، الذى هو جوهر الشخصية . وقد يكون صحيحاً أن هؤلاء الأطفال شديدى الحرمان لم يكونوا أبداً موضع رعاية دائمة من إنسان واحد ، ولم تتح لهم الفرصة أبداً لتعلم عملية التجريد وتنظيم السلوك فى الزمان والمكان . ومن المؤكد أن عللهم النفسية الخطيرة أمثلة واضحة للمبدأ القائل بأن الإصابات التى تحدث مبكراً تنتج اضطرابات واسعة النطاق فى النمو .

وزيادة على ذلك فإن نظام المؤسسة يسمح للطفل الذى يكون قد تعلم كيف يفكر بفرصة أقل لمزاولة هذا الفن . أما فى العائلة فإن الطفل الصغير يشجع – إلى حد معين – على التعبير عن نفسه فى كل من المجال الاجتماعى واللعب . والطفل الذى يبلغ ثمانية عشر شهراً أو عامين يصبح على التو شخصية مميزة فى العائلة ، ويصبح معروفاً أنه يستمتع بأشياء معينة ويكره أخرى ، وتكون العائلة قد تعلمت احترام رغباته . وفضلا عن ذلك ، فإنه يبدأ فى معرفة كيف يجعل والديه أو إخوته وأخواته يفعلون ما يريد . وبهذه الطريقة يتعلم أن يغير بيئته الاجتماعية ويشكلها حتى تلائمه أكثر . ويحدث نفس الشىء فى لعبه ، حيث يخلق ويحيى بشكل رمزى عوالم أخرى لنفسه ، وفى ذلك أسس لتكوين شخصيته . أما فى نظام أى مؤسسة فإن الطفل يفقد كثيراً من ذلك ، إذا لم يفقده كله فى أسوأ الأحوال . فالطفل لا يشجع على ممارسة النشاط الفردى لأنه يحدث جلبة وضوضاء ؛ فمن الأوفق أن يظل كما يوضع وأن يفعل ما يقال له . وحتى إذا ما حاول أن يغير بيئته فإنه يفشل ، إذاً لا توجد لعب للأطفال ، وغالباً ما يجلس الأطفال ساكنين أو يتأرجحون مع بعضهم لعدة ساعات . وفوق ذلك كله ، تنقصهم تلك الألعاب البسيطة الحميمة التى تبتكرها الأم والطفل لتسلية نفسهما ، كما يحدث مع الاستيقاظ والاغتسال ، واللبس ، والأكل ،

والاستحمام والعودة للنوم . وفى هذه الظروف لا تكون لدى الطفل الفرصة لتعلم ومزاولة وظائف فى مثل أهمية المشى والكلام للحياة .

أما حالة الطفل الذى يظل على علاقة طيبة بأمه لعام أو اثنين ثم يعانى بعد ذلك من الحرمان فإنها قد تختلف عن ذلك . فهو قدمر خلال المرحلة الأولى من النمو الاجتماعى ، وهى تكوين علاقة ، وتؤثر الصدمة فى المرحلة الثانية ، التى على الرغم من سرعة تقدم الشخصية ، ينعكس فيها إحساس الطفل بنقص مهارته النسبى فى فن الحياة فى تعلقه الشديد بأمه التى يبحث عنها دائماً لمساعدته . وهو يستطيع فقط ، إذا كانت معه أو قريبة إلى جواره ، أن يتحكم فى بيئته وفى نفسه . وإذا ما أبعد عنها فجأة إلى المستشفى أو المؤسسة ، فإنه يواجه بأعمال يشعر أن من المستحيل عليه أداؤها . وفى موقف من هذا النوع الذى يدعو إلى الفزع يفقد الطفل مثل هذه المهارة التى سبق أن اكتسبها . وفى هذه الظروف ينكص الأطفال غالباً إلى إشكال أكثر طفلية من التفكير والسلوك ويكون من الصعب جداً عليهم تنميتها مرة أخرى .

وهناك مبدأ آخر فى نظرية التعلم ، هو أن الفرد لا يستطيع أن يكتسب مهارة ما إذا لم يكن لديه شعور ودى تجاه معلمته ، ومالم يكن مستعداً لتوحيد نفسه بها . وهذا الاتجاه الإيجابى نحو الأم يكون إما غير موجود لدى الطفل المحروم ، أو يكون ممزوجاً بحنق شديد . وإن تحديد الفترة من حياة الطفل المبكرة التى يحدث فيها الحرمان اتجاها عدوانياً واضحاً مثار لكثير من الجدل ، ولكن من المؤكد أن الكل يستطيع مشاهدة هذه الاتجاه بوضوح فى السنة الثانية . وليست هناك ملاحظة أكثر شيوعاً من ملاحظة فشل الطفل الذى ينفصل عن أمه لعدة أسابيع أو أشهر خلال السنة الثانية أو الثالثة أو الرابعة من عمره فى التعرف على أمه عند عودته إليها . ومن المحتمل أن يكون هذا أحياناً فشلا حقيقياً فى التعرف ، قائم على فقد القدرة على التجريد أو التوحيد . وفى أحيان أخرى يكون من المؤكد أنه رفض للتعرف طالما أن الأطفال ، بدلا

من معاملتهم لآبائهم كما لو كانوا غرباء ، يتجنبونهم دائماً عن وعى . فقد أصبح الوالدان مكروهين . ويعبر عن هذا العداء بأشكال شتى . فقد يتخذ شكل العنف وحدة الطبع ، وقد يعبر عنه كبار الأطفال بالكلمات . وإن كل من عاملوا مثل هؤلاء الأطفال يكونون على دراية بعنف التخيلات ضد الآباء الذين يشعرون أنهم قد هجروهم . ومثل هذا الاتجاه لا يتناقض فقط مع رغبتهم فى الحب والشعور بالأمن، مما ينتج عنه صراع حاد وقلق واكتئاب ، ولكنه يكون عقبة كؤودا فى سبيل تعلمهم الحياة الاجتماعية فى المستقبل . فبدلا من أن يتخذ هؤلاء الأطفال من آبائهم مثلا عليا لهم فيرغبوا فى أن يصبحوا مثلهم ، نجد أن جانباً من طبيعتهم يكرههم ويريد أن يتجنب أى احتكاك بهم مما يؤدى إلى سلوك عدوانى شرير وجانح ، بل وقد يؤدى كذلك كلية إلى الانتحار الذى هو نتاج لنفس الصراع الذى يضطرم بين الجوانب من ذات الشخص .

وفى حالات أخرى يكون الطفل قد عانى كثيراً من الألم أثناء تكوينه للعلاقات التى يجد أنها تنقطع لدرجة أنه يحجم عن منح قلبه مرة ثانية لأى شخص خشية أن يتحطم . ليس قلبه فقط ، ولكنه يخاف كذلك من أن يحطم قلب أشخاص جدد قد يحبهم لأنه يصب عليهم هو أيضا جام غضبه . وأحيانا ما يكون كبار الأطفال مدركين لذلك ، وقد يحدثون الطبيب النفسى قائلين : « من الأفضل ألا نألف بعضاً كثيراً لأننا نخاف أن نصيبك بعدواننا بعد ذلك » وإن مشاعر كهذه هى التى تسبب انطواء الطفل على نفسه . فالابتعاد عن الاتصال بالناس هو تجنب لمزيد من الإحباط ، وتجنب للاكتئاب الحاد الذى يخبره بنو الإنسان كنتيجة لكراهيتهم لشخص يحبونه ويعزونه جداً ويشعرون أنهم فى حاجة إليه . وعلى ذلك فهم يشعرون بان الابتعاد هو أهون الشرين . ولسوء الحظ أنه ثبت أن ذلك طريق مسدود ، طالما أنه لا يمكن للنمو أن يستمر بهذه الطريقة . فلكى يتقدم الفرد فى علاقاته الإنسانية ، لابد أن يسلك طريقاً آخر يتعلم فيه أن يتحمل مشاعره المتضاربة مظاهر القلق والاكتئاب

التى تصاحبها . ولكن الخبرة تدلنا على أنه إذا حدث واتخذ الشخص لنفسه ملجأ فى الابتعاد الأقل إيلاماً نسبياً فإنه يحجم بعد ذلك عن تغيير سبيله وعن المخاطرة بتحمل اضطراب الشعور والتعاسة اللذين ينتجان مع محاولته إنشاء العلاقات . ونتيجة لذلك فإنه يفقد قدرتة على إقامه علاقات ودية ، وعلى توحيد نفسه بأناس محبوبين ، ويقابل ما يقدم له من العلاج بالمقاومة . ويصبح منذ ذلك الحين ذئباً وحيداً ، يتبع غاياته دون اعتبار للآخرين . ولكن رغبته فى الحب ، على الرغم من أنها تكون مكبوتة ، تظل مستمرة وتظهر فى سلوك كالعلاقات الجنسية الشائعة وسرقة ممتلكات الآخرين . كذلك تظل مشاعر الانتقام مستعرة وتؤدى به إلى أفعال أخرى مضادة للمجتمع ، ذات طابع عنيف للغاية فى بعض الأحيان .

أما الحرمان بعد سن الثالثة أو الرابعة ، أى فى المرحلة الثالثة على التحديد ، فلا يكون له نفس الأثر الهدام على نمو الشخصية وعلى القدرة على التفكير المجرد ولكنه يظهر ، مع ذلك ، على شكل رغبات ملحة فى المحبة ، وحوافز ملحة للانتقام ، مما يتسبب عنه صراع داخلى حاد وتعاسة واتجاهات اجتماعية غير ودية للغاية .

وفى كل من المرحلتين الثانية والثالثة يضيف إحساس الطفل المحدود بالزمن وميله لإساءة فهم الموقف كثيراً لمتاعبه . ومن الصعوبة بمكان على الأشخاص الكبار أن يتذكروا أن إدراك الطفل الصغير للزمن ضعيف . فطفل الثالثة يستطيع أن يستعيد أحداث أيام قليلة مضت ويتوقع أحداث يوم أو اثنين قادمين ولكنه لا يدرك مفهومات كالأسبوع الماضى أو الشهر الماضى ، والأسبوع المقبل أو الشهر المقبل . وحتى بالنسبة لطفل الخامسة أو السادسة تكون الأسابيع عظيمة الطول ، والأشهر لا نهاية لها تماماً . هذا الإحساس المحدود بالزمن يجب أن يفهم إذا أردنا أن ندرك تماماً اليأس الذى يشعر به الطفل الصغير عندما يترك وحيداً فى مكان غريب . وعلى الرغم من أن وقت الانفصال يبدو للأم

ليس محدوداً فقط ولكن قصير نسبياً ، إلا أنه يكون أبدياً فى نظر الطفل . هذا العجز عن تصور وقت رجوع الأم ، بالإضافة إلى شعور الطفل بقلة حيلته ، هو ما يفسر قلقه الزائد ويأسه . وربما كان أقرب شيء لذلك يستطيع الشخص الراشد أن يدركه هو أن يتصور الحكم عليه بالسجن فى عبارة مبهمة غير محددة .

هذه المقارنة فى محلها ، طالما أن مفهوم العقاب فى حد ذاته لا يكون بعيداً عن أذهان كثير من الأطفال كتفسير للأحداث . وقد عرض لجميع أطباء النفس أطفال كانوا يعتقدون جدياً أن إبعادهم عن المنزل كان عقاباً لهم على كونهم أشقياء ، وذلك تحريف قد يصبح غالباً أكثر إيلاماً وبعثاً على التعاسة بعدم تعبير الطفل عنه . وفى أحيان أخرى يتصور الأطفال أنها كانت غلطتهم أن انهارت الأسرة . ومن العادى أن يكون هناك حيرة وارتباك لدى الطفل فى نظره إلى مجرى الأحداث ، مما يؤدى به إلى أن يصبح عاجزاً عن تقبل بيئته الجديدة أو الأشخاص الجدد الذين يقومون على رعايته أو الاستجابة لهم . ومن الطبيعى أن الطفل الذى يكون قد قاسى من حرمان ضخم فى بداية حياته ، أو الذى لا يستطيع ، لأسباب أخرى ، أن يقيم العلاقات لن يتأثر بهذا الشكل ولكنه سوف يستقبل كل تغير بلا مبالاة تماماً . أما بالنسبة للطفل الذى كانت لدية الفرصة لإقامة العلاقات ، فإنه لا يكون من السهل عليه أن يغير ولاءه لمن عرفهم من الناس .

والحقيقة أن كثيراً جداً من المشاكل التى تنشأ نتيجة لا نتقال طفل كبير إلى دار للتبنى يكون سببها الإخفاق فى إدراك مدى تعلق الطفل الشديد بوالديه مهما كانا شديدين معه وحتى إذا لم يمنحاه سوى القليل من المحبة . وما لم يزل هذا الارتباك والحيرة وما لم يحترم ولاءه لوالديه ، فإن الطفل سوف يظل مثبتاً فى ماض غير مشبع ، ولا يكف أبداً عن محاولة العثور على أمه ، ويرفض التكيف للموقف الجديد والاستفادة منه . وينتج عن ذلك شخصية غير مستقرة ، عاجزة عن إضفاء السعادة على نفسها أو على الآخرين .

الفصل السادس

طرق البحث

أصبح من البيّن الآن أن رعاية الأمومة فى بداية الطفولة والطفولة المبكرة شىء أساس للصحة العقلية . وذلك اكتشاف يمكن مقارنة أهميته بأهمية دور الڤيتامينات للصحة الفيزيقية ، كما أن جدواه عظيمة للوقاية من اعتلال الصحة العقلية . وعلى أساس هذا الفهم الجديد سوف تبنى تدابير اجتماعية ذات أهمية كبيرة للمستقبل . وهذه التدابير لن ترسم بحكمة إلا إذا اضطرد تقدم المعرفة بما هو ضرورى وما هو ليس كذلك .

وليس المزيد من البحث فى هذا المجال ضرورى لتوجيه التدابير الوقائية فقط ، ولكنه سوف يفيد كذلك فى إلقاء الضوء على بعض المشاكل الأساسية لنمو الشخصية ، التى تعتمد على فهمها كل العلوم الاجتماعية . إن نمو الشخصية نتاج للتفاعل بين الكائن العضوى النامى والكائنات الإنسانية الأخرى . وبشكل ما يحقق الفرد ذلك ، ، وبهذا ينشأ مشابهاً بيئته الاجتماعية المحيطة به ، على الرغم من أنه يحتفظ بذاته : فهو لا يكون أبداً مثل أى نتاج آخر للمجتمع . ولكن الكيفية التى تسير عليها هذه العملية من تشابه الفرد مع بيئته لم تفهم بعد . فهى تختل بشدة نتيجة للحرمان فى بداية الطفولة والطفولة المبكرة . وفى تاريخ الطب كانت دراسة اختلال أداء الوظيفة تكشف دائماً بوضوح عن الوظيفة نفسها . وقد يكون صحيحاً أن دراسة ذلك الفشل الذريع فى التلاؤم مع المجتمع سوف تلقى الضوء على وسائل نمو الشخصية . وسواء كان البحث فى هذا المجال يتخذ لتحسين معرفتنا الأساسية أو لتوجيه ما يتخذ من تدابير لوقاية الأطفال من الإصابة بالضرر ، فإنه لن يكون من الضرورى حالياً أن ننفق وقتاً فى

إثبات أذى الحرمان . ويجب أن يشجع الباحثون على الاتجاه إلى دراسة ما يحدث فعلا ، وإلى معرفة واكتشاف آثار مختلف القوى الكثيرة الفعالة . وعلى الرغم من معرفة بعض هذه القوى : السن ، ونمو الطفل الانفعالى ، وطول الحرمان ودرجته ، والعلاقات بصورة الأم قبل وبعد الحرمان — إلا أننا ما زلنا نجهل ، بلا شك ، بعضاً آخر . ومن الأمور ذات الدلالة العملية المباشرة والتى ما زلنا نحتاج لمعلومات عنها أطوال حد الأمان .

(ا) الذى يمكن أن يسمح فيه بالحرمان ، إذا لم يكن من الحرمان بد .

(ب) والذى يمكن فيه إصلاح ما يكون قد حدث من قبل من الأضرار .

وما زال الباحثون ، كما رأينا فى الفصل الأخير ، أبعد من أن تتضح لهم الطريقة التى يمتص بها العقل الأشياء التى تأتى له من الخارج والتى ينمو بواسطتها . ومع ذلك فإننا نستطيع أن نقدر كيف يحدث ذلك ، ونضع هذه التقديرات أو النظر يات فى صيغة واضحة حتى يمكن اختبارها . فطريقة البحث لابد أن تتضمن وضع مثل هذه النظريات أولا ثم ، عن طريق الملاحظات ، إثبات ما إذا كانت صحيحة أم لا . ولكن حتى إذا كانت نظرياتنا واضحة الصياغة فإنه تكون هناك مشا كل ضخمة تتعلق بكيفية اختبارها .

فأولا ، ليس من الممكن أن نرتب ، بإحساس متبلد ، للأطفال أن يحرموا من الأمومة فى أعمار متفاوتة ولفترات مختلفة . والباحث يعتمد إلى حد كبير على اكتشافه لجماعات من الأطفال الذين ، لسبب أو لآخر ، تعرضوا لهذه الخبرة . والطريقة المثلى للتأكد من أننا نتفاعل مع آثار الانفصال فقط ، هى أن تكون جميع العوامل الأخرى المعروف أنها تسبب الاضطرابات الانفعالية متغيبة فى الحالات المدروسة . فالعينة المثالية ، إذاً يجب أن تضم أطفالا أصحاء ، من أصل أبوى طيب ، يكونون قد استمتعوا طيلة الوقت الذى كانوا فيه مع أمهاتهم بعلاقات طيبة بهن . كما يجب أن تضبط الظروف أثناء الانفصال بعناية . وفى التطبيق ، لا يتوافر سوى قليل من هذه الشروط المثالية للبحث ، إذ غالباً

ما يكون الأطفال المحرومون مرضى ، كما أن كثيراً منهم يولدون لآباء غير متزنين أو يعانون من نقص ما . وتترك العلاقات العائلية أثناء المدة التى تستمر فيها الكثير مما يتطلب الإشباع ، وغالباً ما تكون الأسرة متفككة بسبب الفاقة أو الإهمال أو الوفاة . وكثير من الأطفال يكونون لقطاء وغير مرغوب فيهم . كما أنه لا يمكن تهيئة الظروف السيكولوجية فى المؤسسات ، أو دور التبنى بسهولة لكى تلائم المشتغل بالبحث .

والصعوبة الكبرى الثانية تقع فى الحصول على الإذن بدراسة الحالات . فالدراسة المفصلة لصغار الأطفال فى منازلهم ولعلاقاتهم بأمهاتهم تحتاج درجة من الاتصال الوثيق لا يسمح للملاحظ بها غالباً . وحتى إذا ما كان هؤلاء الأطفال فى المؤسسات فإن اتجاهات المشتغلين برعايتهم قد تجعل من الدراسة العلمية أمراً صعباً . وأخيراً ، فإن الآباء الذين يكونون قلقين على سلوك أطفالهم الأخير ويشعرون بالإثم بسببه قد يستاؤون من كثرة الاستفسارات .

ولا توجد وسائل بسيطة للتغلب على هذه الصعاب . ومع ذلك فن الأفضل كثيراً أن ندرس عدداً صغيراً نوعاً من الأطفال الذين يمكن الحصول على معلومات كاملة ودقيقة عنهم ، بدلا من أن نحاول عقد مقارنات إحصائية دقيقة بأعداد كبيرة توجد ثغرات كثيرة فى معلوماتنا عنهم . وربما حصلنا على أفضل النتائج بدراسة جماعات صغيرة من الأطفال متناظرة Matched بدقة لدرجة أنهم يكونون متشابهين كثيراً فى ظروفهم بقدر الإمكان ، فيما عدا حقيقة ما حدث لهم من انفصال . أما التحكم فى خبرات الطفل أثناء وجوده فى المؤسسة فهو أكثر صعوبة ، على الرغم من أنه قد يمكن ، فى الغالب ، اختيار أماكن تبذل فيها محاولات واضحة لإمداد الأطفال برعاية بديلة ، وأخرى لا تبذل فيها هذه المحاولات . أما المتغيرات الأكثر صعوبة فى ضبطها فهى طول الزمن الذى يمضيه الطفل فى المؤسسة وما يحدث له بعد ذلك . ويكفى القول بأن الأبحاث التى صممت عن أعداد من الحالات المختارة بعناية هى التى يحتمل

فقط أن تكشف عن تأثير كل هذه المتغيرات .

والمشكلة المنهجية — التى تنحصر فى كيفية الحصول على جماعة من الناس أو الأطفال لدراستهم — تواجهنا دائماً عندما يريد الإخصائيون النفسيون عمل دراسات عن الإنسان محاولين بها أن يذهبوا أبعد من مجرد وصف سطحى للسلوك إلى مصادره الخفية ، وذلك لأن الناس عادة ما يخفون كثيراً من مشاعرهم وخاصة عن هؤلاء الذين يكونون قلقين عليهم أو يشعرون بالإثم نحوهم . والوسيلة الوحيدة التى وجد أنها تكشف عن هذه الأسرار هى أن ينتهج القائم بالبحث وضع نفسه على استعداد لمساعدة مفحوصيه بالعلاج إذا رغبرا فيه . ومن الطبيعى أن كثيرين لن يستجيبوا له ، ولكن آخرين ، إذا ما شعروا أن الباحث كما هو مستعد لدراستهم مستعد كذلك لمساعدتهم ، سوف يتحينون له الفرصة للمهمتين .

ومن حسن الحظ أن الأمر أكثر سهولة إذا ما استخدمنا حيوانات للفحص فى تجاربنا ، كما يفعل الأستاذ « ليديل Liddel » فى جامعة كورنل ، فهو يدرس حالياً الماعز ، ولكن قد تكون الكلاب ، التى تدرس فى محطة الأبحاث بولاية « مين Maine » فى الولايات المتحدة ، أفضل فى الفحص ، نظراً لتوفر الكثير من المعرفة العملية عن نموهم الاجتماعى . فمثلاً من المعروف أن كلب الرياضة لا بد أن يدرب بواسطة سيد له يطعمه بنفسه ، وأن هناك صعوبة فى انتقاله إلى سيد آخر . وعندما نبدأ بالمعرفة التى يمكن الحصول عليها حاليا ، قد يكون من الأسهل نسبياً أن نجرى سلسلة من التجارب ، ربما اكتسبنا منها استبصاراً يمكن اختبار صحته بعد ذلك على الإنسان .

ويحتاج فريق البحث الذى يعمل فى هذه المشاكل ، سواء مع الحيوان أو مع الإنسان أو مع الاثنين ، إلى انتهاج عدة طرق فى عملهم المشترك . والطريقة الوحيدة لإمكان التأكد من الحصول على كل المعلومات اللازمة فى النهاية ، هى بمقارنة الحقائق التى نعرفها من طريقة بتلك التى نعرفها من طرق أخرى .

ولا بد أن يعمل الطبيب والعالم التجريبي سويّا ، فالطبيب هو الذى يكون لديه عادة الاستبصار المبكر ، وهو الذى يحدد المشكلة ، ويضع النظريات الأولى . وهو يعرف بالتفصيل مشاعر مرضاه ، ودوافعهم ، والأزمات الانفعالية والعقلية المعقدة التى تؤدى إليها ، ولديه معلومات عن العلاقات بين حياة مرضاه العقلية وخبراتهم ، وهى ما لا يستطيع غيره الإدلاء بها . وهو يقدم التخطيط الأول الذى ، على الرغم من أنه يحتاج إلى التصحيح فى كثير من التفاصيل ، يعطى صورة كليه لها قيمتها عن الحالة الجديدة : فليس من باب الصدفة إذاً أن يلعب أطباء النفس وغيرهم من المرتبطين بهم دوراً تقدميًّا فى إيضاح الآثار السيئة للحرمان من الأمومة .

ولكن لابد أن يتبع معالجة الأطباء الفعلية للمرضى علماء آخرون يدرسون بتفصيل أكثر مدى اتفاق الملاحظات الفعلية مع النظريات المفترضة . وقد يؤدى عملهم ، ثانية ، إلى نظريات جديدة ، لا بد أن تختبر مرة أخرى بالتجربة والملاحظة . ولا بد أن ترسم الأبحاث والدراسات الإحصائية وتنفذ على هدى كل ما يمكن للطبيب النفسى الذى يزاول المهنة أن يمد به من فهم . والطبيب النفسى من جانبه لابد أن يختار للدراسة التالية تلك الحالات التى يرى الباحث الاحصائى المتمرن أنها قد تزيد فهم المشكلة * .

وإلى جوار استخدام كل الطرق السيكولوجية ، يستحسن استخدام بعض أنواع المقاييس الفيزيقية . فمثلا يحتمل أن يكون للتسجيل المنتظم للتغيرات فى الطول والوزن أهمية . كذلك دراسة الرسوم ، التى يمكن أن تعمل الآن بواسطة جهاز معين وتبين الذبذبات الكهربائية المنتظمة للمخ ذاته . وكثيراً ما افترض أنه عندما كان يحدث اختلال فى انتظام هذه الذبذبات كان السبب راجعاً إلى

* إن تعاوناً كهذا قد توفر بطريقتى البحث اللذين يعملان حالياً فى المشكلة التى يبحثها الدكتور « روندينسكو Roundinesco » فى باريس وفى المشكلة التى تبحث تحت إشراف الدكتور بولبى بلندن (وقد حصل كلاهما على مساعدة مالية من مركز الأطفال الدولى بباريس) .

عيب فى المخ حدث قبل الميلاد ، أو بسبب إصابة فيزيقية ، ولكن ربما ثبت أنه يمكن أن يكون كذلك نتيجة لخبرات سيكلوجية مبكرة تؤثر على كيفية نمو المخ .

من الواضح إذاً أن لدينا ، فى علم أجنة الشخصية embryology of Personality ، مجال متسع وخصب للبحث يجب أن نستغله تماماً قبل ما يؤدى ازدياد وسائل الوقاية الفعالة إلى جعل مثل هذه الحالات نادرة ، وبذلك تصعب دراستها . إن الفرد يستجيب للعالم الخارجى فى البداية بأفعال شائعة معممة غير دقيقة ، ولكن كلما كبر وبدأ يدرك ما يريد تصبح استجاباته هادفة وأكثر دقة وتأثيراً . (قارن بين الطريقة العشوائية التى يحرك بها الطفل ذراعيه تجاه شىء يجتذب انتباهه وبين حركات الجراح الدقيقة) . وبنفس الطريقة ينتقل العالم ، فى سبيل وصوله إلى فهم أوضح وممارسة أفضل ، من ملاحظة العلاقات العامة الكبيرة إلى تقدير أكثر دقة لطبيعة القوى الفعالة وتأثير بعضها على بعض . وفى مجال الصحة العقلية وعلاقته برعاية الأمومة ، لم يفعل الباحثون شيئاً أكثر من إدراك هذه العلاقات العامة . وعلى أخصائيي نصف القرن القادم أن يلاحظوا بدقة أكثر ، وأن يستقصوا عن جميع المؤثرات الفعالة وأن يكشفوا عن كيفية ارتباطها ببعض ، وأن يزيدوا بذلك القدرة على الوقاية من الأمراض العقلية .

الباب الثانى

الوقاية من الحرمان من الأمومة

الفصل السابع

وظيفة العائلة

إن ما تبين من أن للحرمان من الأمومة فى سنى الحياة الأولى أثراً سيئاً على نمو الشخصية لمما يحفزنا على العمل . فنتساءل كيف يمكن تجنب هذا الحرمان حتى ينشأ الأطفال أصحاء عقلياً ؟

لقد قلنا فى بداية الفصل الأول ، أن ما يعتقد بأنه أساسى للصحة العقلية هو أن يمر الرضيع والطفل الصغير بخبرة تكوين علاقة حارة ، حميمة ، ودائمة بأمه (أو بديلة عنها) ، يجد كلاهما فيها (أى الطفل والأم) الإشباع والمتعة . فالطفل يحتاج إلى أن يشعر بأنه موضوع سرور وفخر لأمه ؛ وتحتاج الأم أن تشعر بامتداد شخصيتها فى شخصية طفلها : فكل منهما يحتاج إلى الشعور بالتوحد الوثيق بالآخر . والأمومة للطفل ليست شيئاً يمكن تهيئته كيفما اتفق ، فهى علاقة إنسانية حيوية تشكل طباع كل من الطرفين . إن التزود بالغذاء المناسب يستلزم أكثر من مجرد الأسعار الحرارية والفيتامينات : فنحن نحتاج إلى الاستمتاع بالطعام حتى نستفيد منه . وبالمثل فإنه لا يمكن احتساب التزود بالأمومة على أساس عدد الساعات اليومية ، ولكن ذلك يمكن فقط على أساس ما تحصل عليه الأم والطفل من استمتاع كل بصحبة الآخر .

مثل هذا الاستمتاع والتوحد الوثيق فى الشعور لا يتيسر لأى من الطرفين إلا إذا كانت العلاقة ثابتة (مستمرة) . وقد أكدنا كثيراً ضرورة ثبات العلاقة لنمو شخصية الطفل . ويجب أن نتذكر أيضاً أن الثبات ضرورى لنمو الأم . فتماماً كما يحتاج الطفل إلى أن يشعر بأنه يخص أمه ، تحتاج الأم إلى أن تشعر بأنها تخص طفلها ، وعندما تستمد الرضا من هذا الشعور يكون من السهل

عليها ، فى هذه الحالة فقط ، أن تهب نفسها كلية له . إن إمداد الطفل بالرعاية الدائمة ليل نهار ، وسبعة أيام فى الأسبوع ، و٣٦٥ يوماً فى العام لا يتيسر إلا للسيدة التى تستمد شعوراً عميقاً بالرضا من رؤية طفلها ينمو من المهد ، ويمر بمراحل الطفولة الكثيرة ، حتى يصبح رجلا أو امرأة معتمداً على نفسه ، ومعرفة أن رعايتها هى التى مكنته من ذلك .

لهذه الأسباب يكون من السهل جداً أن يستمد الطفل الصغير ما يحتاجه من حب الأم فى نطاق العائلة ، ويكون من الصعب للغاية أن يستمده خارجها . إن الخدمات التى يقدمها الآباء والأمهات بحكم العادة لأطفالهم يسلم بها لدرجة إغفال جسامتها . فالناس لا يضعون أنفسهم ، فى أى علاقة أخرى ، تحت تصرف الآخرين بهذا الشكل الدائم غير المحدود . وهذا ينطبق حتى على الآباء والأمهات غير المهتمين — وتلك حقيقة ينساها من ينقدهم بسهولة ، وخاصة من لم يقوموا إطلاقاً برعاية أطفال يخصونهم . ولا يجب أبداً أن يغيب عن أذهاننا أنه حتى الأم غير المهتمة التى تهمل طفلها ، تمده بلا شك بالكثير . ففيما عدا أسوأ الحالات ، نجد أنها تهيئ له الطعام والمأوى وتسهر على راحته إذا ألم به مكروه ، وتعلمه مهارات بسيطة ، وفوق ذلك كله تمده بهذا الثبات فى الرعاية الإنسانية الذى يقوم عليه إحساسه بالأمن . وقد يكون الطفل سيئ التغذية ، وسيئ المأوى ، وقد يكون قذراً جداً ويعانى من المرض ، وقد تكون معاملته سيئة ، ولكن ما لم يلفظه والداه تماماً فإنه يحس بالأمن لشعوره بأن هناك شخصاً ما يقدره ويجاهد ، حتى ولو كان مقصراً فى ذلك ، لإعالته حتى يحين الوقت الذى يستطيع فيه أن يعول نفسه .

على هذا الأساس يمكن فهم السبب فى أن نشأة الأطفال تكون أفضل فى المنازل السيئة عنها فى المؤسسات الجيدة ، وفى أن الأطفال ذوى الآباء والأمهات المهملين يكونون متعلقين بهم بشكل واضح غير معقول . وأحياناً ما يرغب المسئولون عن المؤسسات أن يعترفوا بأن الأطفال يكونون غالباً أفضل حتى فى البيوت

السيئة تماماً ، وذلك ما يخلص إليه معظم الأخصائيون الاجتماعيون ذوى الخبرة والمران فى ميدان الصحة العقلية ويؤيده ما سبق ذكره من الأدلة . وقد نذكر أنه عندما قورنت جماعة من الأطفال ، فيما بين سنة وأربع سنوات من العمر ، أمضوا حياتهم فى المؤسسات بجماعة مشابهة عاش أطفالها فى بيوتهم ، التى كانت غير مُرضية فى الغالب ، وكانوا يمضون النهار فى دور الحضانة اليومية لأن أمهاتهم كن يعملن ، وجد أن الفرق فى النمو كان فى صالح الأطفال الذين عاشوا فى البيت واعتنى بهم فى دور الحضانة اليومية . كما اتضح من دراسة تتبعية أخرى ، قورن فيها التوافق الاجتماعى لراشدين أمضوا خمس سنوات أو أكثر من طفولتهم فى المؤسسات بآخرين أمضوا نفس السنوات فى البيت (كانت بيوت ٨٠٪ من الحالات سيئة) أن النتائج كانت فى صالح أطفال المنازل السيئة ، فقد كان من أصبح منهم عاجزا عن الحياة الاجتماعية حوالى (١٨٪) أى نصف من أصبح كذلك من أطفال المؤسسات (٣٤٪) .

إن كون ثلث جميع الأطفال الذين أمضوا خمس سنوات أو أكثر من حياتهم فى المؤسسات قد أصبح عاجزاً عن الحياة الاجتماعية فى عالم الراشدين لشيء ينذر بالخطر وخاصة على ضوء ما نعرفه من أن إحدى الوظائف الاجتماعية الأساسية للشخص الراشد هى « الوالدية Parenthood » . ومن المؤكد أن جميع الـ ٣٤٪ من أطفال المؤسسات الذين كانوا فى شبابهم عاجزين عن الحياة الاجتماعية أصبحوا فاشلين كآباء ، كما يشتبه فى أن بعضاً ، على الأقل ، من هؤلاء الذين لم يكونوا عاجزين تماما عن الحياة الاجتماعية كان ينقصهم الكثير لكى يصبحوا آباء ناجحين . ومن غير المحتمل ألا يكون غير القادرين على الحياة الاجتماعية قد أنجبوا مع ذلك أطفالا ، بل على العكس فإن كثيراً منهم لابد وأن يكون قد رزق بأطفال وأن كثيراً من هؤلاء الأطفال لابد وأن يكون مهملا محروماً . وبذلك نرى كيف أن لأطفال الذين يعانون من الحرمان يشبون ليصبحوا آباء تنقصهم القدرة على رعاية أطفالهم ، وكيف أن الراشدين

الذين تنقصهم هذه القدرة يكونون قد قاسوا فى الغالب من الحرمان فى طفولتهم . هذه الدائرة المفرغة هى أكثر مظاهر المشكلة خطراً ، وذلك ما سنرجع إليه فى هذا الكتاب دائماً .

ومن الطبيعى أن هذا الدليل على أن البيوت السيئة تكون أفضل فى الغالب من المؤسسات الجيدة أبعد من أن يكون قاطعاً تماماً ، ففى أى حالة يعتمد كل شىء على مدى سوء البيت وجودة المؤسسة . إلا أنه يجدر بنا ، مهما يكن الأمر ، أن نتذكر أن هناك ما هو أسوأ من البيت السيىء ، أى عندما لا يوجد بيت على الإطلاق . وقد أشار السير جيمس سبنس Sir James Spense ، فى محاضرته الشيقة — التى استعرنا عنوانها عنواناً لهذا الكتاب — إلى أن إحدى الوظائف الأساسية للعائلة هى المحافظة على بقاء فن الوالدية . فما لم يحافظ على بقاء هذا الفن ، فإن وظيفة فى مثل أهمية إنتاج الطعام لبقاء المجتمع سوف تفنى . ومع ذلك فإنه نادراً ما تقيّم وسائل تربية الطفل على أساس كيفية قيام من يُربىّ وفقاً لها من الأطفال بدور الآباء والأمهات فيما بعد ، ويبدو أن هذا المعيار لم يستخدم إطلاقاً لقياس نجاح أو فشل الوسائل المستخدمة حالياً لرعاية الأطفال المحرومين من الحياة المنزلية السوية .

إن تعلق الأطفال بأمهاتهم وآبائهمّ الذين يعتبرون ، تبعاً لجميع المستويات المعتادة ، مهملين جداً مصدراً دائماً لدهشة هؤلاء الذين يرغبون فى مساعدتهم . فهؤلاء الأطفال يشعرون ، حتى عندما يكونون مع آباء وأمهات متبنين رحماء ، بأن أماكنهم الأصلية فى منازلهم ، التى ربما كانوا يلقون فيها الأهمال وسوء المعاملة ، ويستاءون بشدة مما يوجه نحو والديهم من نقد ، وتذهب دائماً المحاولات التى تبذل « لانقاذ » الطفل من ظروفه السيئة ووضعه فى مستويات جديدة أدراج الرياح ، طالما أنه يعز والديه الأصليين ، خيرين كانا أم شريرين ، ويتوحد بهما . (وتلك حقيقة ذات أهمية خاصة إذا أردنا أن نعرف أفضل وسيلة لمساعدة الأطفال الذين يعيشون فى ظروف سيئة ، إلا أن هذه العواطف لاتكون مثاراً

للدهشة إذا ما تذكرنا أنه ، على الرغم من كثرة الإهمال ، فإن أحد الوالدين أو الآخر يكون دائماً أبداً ، وبأشكال لا حصر لها ، رحيما بالطفل منذ يوم ميلاده ، ومهما رأى الشخص الأجنبى فيه من أوجه نقد كثيرة فإن الطفل يرى فيه كثيراً مما يستحق اعترافه بالجميل . فعلى الأقل قامت أمه برعايته بشكل ما طيلة حياته ، وهو لا يجد ما يدعوه للثقة فى واحدة غيرها حتى تثبت له أنه يمكنه الاعتماد عليها كأمه تماماً أو أكثر . والطفل يكون دائماً ، لسوء الحظ ، على حق فى عدم ثقته . فالطفل إذا ما خرج من بيته الأصلى يصبح محظوظاً إذا ما وجد شخصاً يرعاه حتى يشب عن الطوق ، فمعدل انتقال الطفل من دار للحضانة إلى أخرى يكون كبيراً بشكل مؤسف حتى فى الجمعيات الممتازة ، كما أن تغير هيئة الأشراف فى المؤسسة من وقت لآخر يعتبر مشكلة دائمة . والحقيقة أنه مهما تفانى الوالدان المتبنيان أو المربيات فى رعاية الطفل فإنه لا يكون لديهم نفس الشعور بالالتزام المطلق نحو الطفل ، الذى يكون لدى جميع الآباء والأمهات ، بل حتى أسوأ هم . فعندما تتبدى لهم اهتمامات أو مشاغل أخرى ينتقل الطفل المتبنى إلى الدرجة الثانية من اهتمامهم . وعلى ذلك فالطفل يكون على حق فى أن يسحب ثقته منهم ، فلا أحد هناك ، فى رأيه ، مثل والديه الأصليين .

وقد توصلت وزارة الصحة الإنجليزية إلى هذه النتيجة فى بحثها المسحىّ الذى أجرته لدراسة ما خبره الأطفال المهاجرون من أخطار إلقاء القنابل أثناء الحرب العالمية الثانية :

(إن إحدى المسائل التى أكدتها الخبرة بجميع مناهج الهجرة هى أهمية العائلة لنمو الطفل واستحالة مد الأطفال بأى بديل يعوضهم تماما عن رعاية آبائهم وأمهاتهم الأصليين . وقد أدى ذلك ، فى بعض الجهات ، إلى إدراك أكثر لأهمية تحسين ظروف الأسرة حتى تبقى العائلات مع بعضها بدلا من إبعاد الأطفال من المنازل غير المناسبة) .

وقد أكد أربعة من مشاهير الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين

— كانوا يعملون سويًّا منذ عشرين سنة مضت — أن اتخاذ قرار بإبعاد الطفل عن أسرته الأصلية شيء خطير للغاية :

(إن القرار الذى يفصل الطفل ، لأى سبب ، عن أسرته خطير جداً ، فهو يؤدى إلى أحداث تؤثر بدرجة كبيرة أو صغيرة على كل مستقبل حياته ، وسواء كان الإبعاد راجعا إلى المرض ، أو الإهمال ، أو الهجر ، أو التقصير ، أو موت أحد الوالدين ، أو إلى سلوك الطفل داخل المنزل أو خارجه ، فإن نقل الطفل إلى مباشرة الغرباء لا يجب أن يتخذ دون كثير من التفكير القائم على بعد النظر . . . وكثيراً جدا ما يبعد الأطفال عن عائلاتهم بعد قليل جداً من دراسة الأسباب التى تكمن خلف الموقف ، إذا لم يكن بدون دراسة على الإطلاق . وكثير من المؤسسات تتناول المشكلة بشكل خاطئ حيث تغلب اعتبار الظروف التى قد تبرر الانفصال على التأكد ما إذا كان يمكن جعل أسرة الوالدين مناسبة للطفل) .

وعلى الرغم من أن ذلك قد كتب منذ عشرين سنة مضت ، إلا أن رسالته ما زالت محتاجة الآن للتنفيذ كما كانت حينئذ . فما زال من المألوف فى المجتمعات الغربية أن يرى فى إبعاد الطفل عن المنزل حلاً لكثير من مشاكل العائلة ، دون أن يكون هناك أى تقدير لخطورة هذه الخطوة ، وبدون أن ترسم ، غالباً ، أى خطة واضحة للمستقبل . ويغفل فى أحيان كثيرة أنه عند إبعاد طفل الخامسة عن أسرته تصبح هناك مسئولية مباشرة عن مستقبل صحته وسعادته لعشر سنوات مقبلة ، وأن فى إبعاد الطفل الوليد مخاطرة بعجز نمو شخصيته .

من كل هذا نصل إلى الاستنتاج البديهى ، وهو أن حياة العائلة ذات أهمية بالغة ، وأنه « لا مكان يعدل البيت » . ولكن على الرغم من بديهيته إلا أنه دائماً ما يقلل من شأنه ويشكك فى صحته بواسطة الكتابات الهزيلة المختلطة عن الموضوع ، كما أن الظروف التى تؤدى إلى رفاهية العائلة أو انحلالها لم تول سوى اهتماما ضئيلا . وطالما أن الوسيلة الأساسية لوقاية الطفل من معاناة الحرمان من الأمومة هى ضمان أنه يتلقى التربية فى عائلته الأصلية ، فمن الضرورى أن نعرض تلك المسائل بشىء من التفصيل . وذلك يختلف عما يرد فى التقارير التى تكتب عن الأطفال المحرومين ، والتى لا تولى سوى اهتماماً ضئيلا بالوسائل

التى يمكن بها تحسين حالة البيت لكى تبقى العائلات سوياً ، والتى تسارع بدلا من ذلك إلى البحث عن أفضل وسيلة لرعاية هؤلاء الأطفال فى أى مكان آخر . وقد نشرت مراجع علمية وتقارير كثيرة حول هذا الموضوع ، تفترض جميعها أن الأطفال الذين لا أسر لهم مظهر حتمى من مظاهر الحياة الاجتماعية ، وتقنع معظمها بمناقشة كيفية رعايتهم دون الإشارة إلى الأسباب التى جعلتهم يحتاجون الرعاية . ويجب طبعاً أن نعرف أنه أحياناً ما يكون من الضرورى أن يلقى الأطفال الرعاية خارج نطاق أسرهم الأصلية ، ولكن ينبغى أن ننظر إلى هذا الإجراء كآخر ما يلاذ به ، ولا يستخدم إلا إذا كان من المستحيل تماماً جعل المنزل ملائماً للطفل .

ويمكن التمييز بين ثلاث حالات متداخلة يعانى الطفل فيها من الحرمان من الأمومة :

(ا) الحرمان الجزئى نتيجة الحياة مع أم أو بديلة دائمة عنها ، بما فى ذلك إحدى القريبات، يكون اتجاهها نحو الطفل غير ودى .

(ب) الحرمان التام نتيجة فقد الأم (أو بديلتها الدائمة) بالموت ، أو المرض ، أو الهجران، دون أن يكون للطفل أقارب مألوفين لديه يرعونه .

(ج) الحرمان التام نتيجة إبعاد الطفل عن أمه (أو بديلتها الدائمة) إلى رعاية غرباء بواسطة القانون أو الهيئات الطبية أو الاجتماعية ، بما فى ذلك الجمعيات الأهلية .

ومن الطبيعى أن الحالات التى تندرج تحت الفئة (ا) كثيرة جداً وعلى كل درجات الشدة ، ابتداء من الطفل الذى تتركه أمه يصرخ لعدة ساعات لأن كتب الأطفال أخبرتها أن تفعل ذلك ، إلى الأطفال الذين تلفظهم أمهاتهم تماماً . وإن صور الحرمان الجزئى من الأمومة ، التى ترجع أحياناً إلى الجهل ، وترجع فى الغالب إلى عدوانية لاشعورية من جانب الأم نتيجة خبرات فى طفولتها هى ، تصلح أن تكون مادة لكتاب آخر . ويعتقد كثير من أخصائيى

توجيه الأطفال أنهم يقوّمون نسبة كبيرة من الحالات التى يباشرون علاجها ، وأن عملية مساعدة الأم لتفهّم وتقدير مشاعرها الحقيقية تجاه الطفل والتنقيب عن أصولها فى طفولتها جزء أساسى من مهمة توجيه الطفل . إلا أن هدف هذا الكتاب هو التمعن فى دراسة أوضح صور الحرمان والاهتمام بالوقاية منها . وأغلب صور الحرمان هذه تكون نتيجة إخفاق العائلة ، ولهذا السبب فإننا سنركز اهتمامنا على حالات لم يكن للطفل فيها عائلة على الإطلاق أو تصدعت عائلته أو يكون قد أبعد عن بيته بواسطة هيئات اجتماعية لأنها رأت أن الأسرة قد أخفقت فى أداء مهمتها . إلا أنه بالإضافة إلى ذلك يوجد عدد كاف من الحالات حيث يبعد الأطفال عن البيت بواسطة سلطات طبية أو قضائية ، نظراً لسوء التوافق أو المرض ، وبذلك يحرمون من رعاية الأمومة وتستدعى أن نوليها بعض الاهتمام الخاص ، على الرغم من أنه ليس من النادر أن تكون هذه الحالات ذاتها نتيجة لإخفاق العائلة .

الفصل الثامن

لماذا تخفق العائلات ؟

ينظر إلى التعريفات التى تحاول وصف « الحياة المنزلية السوية » على أساس تركيب العائلة على أنها تعريفات قاصرة . فليس من الواضح فقط أنه يمكن أن يكون للطفل حياة منزلية سوية عند ما يعيش مع أقارب غير والديه ، ولكن من الجلى أنه يمكن أن يعيش الطفل مع والديه ومع ذلك لا يحظى بحياة منزلية سوية . فمن البين إذاً أن التعريف لابد أن يكون على أساس ما يحدث للطفل فعلا .

إن الطفل الصغير يحتاج — لكونه كائناً عضوياًّ غير قادر على الاعتماد على نفسه فى الحياة — إلى منظمة اجتماعية خاصة تعينه أثناء الفترة التى لم يكتمل فيها نضجه ؛ وهذه المنظمة الاجتماعية لابد أن تعينه فى ناحيتين : أولا ، بالمساعدة فى إشباع الحاجات الحيوية المباشرة كالتغذية ، والدفء ، والمأوى والحماية من الأخطار ؛ وثانياً بتهيئة محيطات تمكنه من تنمية قدراته الفيزيقية ، والعقلية ، والاجتماعية حتى النهاية لكى يستطيع ، عند ما يكبر ، أن يتعامل بكفاءة مع بيئته الفيزيقية والاجتماعية ، ويتطلب ذلك جوًّا من المحبة والأمن .

وتختلف التقاليد التى تحدد من يقوم عادة بهذه الوظائف الضرورية لرعاية الطفل فى مجتمع لآخر . ويؤدى والد الطفل وأمه الطبيعيان ، فى معظم المجتمعات ، الدور الأول إلا أن ذلك ليس هو الحال دائماً . وتختلف التقاليد خاصة بالنسبة لمدى إمكان وجود بدائل مقبولين عن الأب والأم . فى كثير من المجتمعات الأقل ارتقاء فى الناحية الاقتصادية ، يعيش الناس فى جماعات عائلية كبيرة تضم ثلاثة أجيال أو أربعة . وعلى هذا النحو يمكن دائماً أن يقوم الأقارب المباشرون والمعروفون ، كالجدات والعمات والأخوات الكبيرات ،

بدور الأم إذا ما دعت الحاجة . وزيادة على ذلك تبذل المعونة الاقتصادية إذا ما أصاب العائل عجزاً ، وتهيئ معيشة الجماعة العائلية الكبيرة مع بعضها فى جهة واحدة نظام ضمان اجتماعى ذو قيمة كبيرة . وحتى فى المجتمعات الغربية توجد نظم ريفية كثيرة تهيئ فيها الجماعات ، التى يسود فيها التزاوج الداخلى من نفس القرية والتى تربطها صلات القربى الوثيقة ، لأفرادها خدمات اجتماعية مشابهة . ويحتمل ألا توجد مشكلة الأطفال المحرومين على نطاق واسع سوى فى المجتمعات التى انقرضت فيها الجماعة العائلية الكبيرة . وهذه الحالة توجد فى كثير من مجتمعات الحضارة الصناعية الغربية ، حيث يكون من المعتاد أن يهاجر الشباب من الرجال والنساء بعيداً عن محال ميلادهم ، وليس من النادر أن يتنقلوا عدة مرات خلال حياتهم الزوجية . ونتيجة لهذه الهجرة تضعف روابط كثير من العائلات ببيئتها المحلية لدرجة أنه فى مجتمعات بأسرها لم يعد من التقاليد أن يساعد الجار جاره وقت الشدة . ونتيجة لهذا التصدع الاجتماعى ألقى بكثير جداً من عبء مسئولية رعاية الطفل على الأب والأم أكثر مما هو الحال فى المجتمعات الأكثر بدائية ذات صلات القربى الوثيقة . ومثل هذه المجتمعات المتصدعة ، بالإضافة إلى أنها لا تقدم بدائل عن الأب أو الأم إذا ما أصاب أحدهما عجز دائم أو مؤقت ، وبتجميل الوالدين هذا العبء الثقيل ، قد تهدم العائلة التى كان يمكن أن تظل متماسكة فى ظروف أفضل .

ومن المعتاد فى المجتمعات الغربية ، الآن ، أن يهيئ والدا الطفل « الحياة المنزلية السوية » له ، والتى من الأفضل وصفها بأنها « جماعة الأسرة الطبيعية » للطفل . وعلى الرغم من التصدع الاجتماعى ، فما زال من المعتاد (ولو أنه أقل عن ذى قبل) أن يتحمل الأقارب المباشرون مسئولية الطفل إذا ما فشلت هذه الجماعة لأى سبب . وعلى ذلك يجب عند تحليل الأسباب التى تؤدى إلى حرمان الأطفال أن تفتش ، لا عن سبب فشل جماعة الأسرة الطبيعية فحسب ، ولكن عن سبب عدم قيام الأقارب مقامها كذلك .

أسباب فشل جماعة الأسرة الطبيعية فى رعاية الطفل :

يمكن أن نُدرج هذه الأسباب تحت ثلاثة عناوين تبعاً لحالة جماعة الأسرة الطبيعية :

١ - جماعة الأسرة الطبيعية لم تتكون على الإطلاق: عدم الشرعية .

٢ - جماعة الأسرة الطبيعية كاملة ، ولكنها لا تؤدى وظيفتها بكفاءة نتيجة :

ظروف اقتصادية أدت إلى بطالة العائل وبالتالى إلى الفقر .

مرض مزمن أو عجز أصاب أحد الوالدين .

عدم اتزان أحد الوالدين أو اضطرابه العقلى .

٣ - جماعة الأسرة الطبيعية متصدعة وعلى ذلك فهى لا تؤدى وظيفتها نتيجة :

كارثة اجتماعية - حرب أو مجاعة .

وفاة أحد الوالدين .

مرض يحتاج وضع أحد الوالدين فى المستشفى .

سجن أحد الوالدين .

هجر أحد الوالدين أو كليهما .

الفرقة أو الطلاق .

اشتغال الأب فى مكان آخر بعيداً عن العائلة .

اشتغال الأم طيلة الوقت .

وأى عائلة تعانى من واحد أو أكثر من هذه الظروف لابد أن تعتبر مصدراً محتملا لحرمان الأطفال . وتقرير ما إذا كان هؤلاء الأطفال سوف يصبحون فعلا محرومين أم لا يتوقف على :

(أ) ما إذا كان كلا الوالدين أو أحدهما مصاباً .

(ب) ما إذا كانت المساعدة تبذل للوالد غير المصاب .

(جـ) ما إذا كان الأقارب أو الجيران قادرين وراغبين فى أن يحلوا محل الوالدين . كل هذه النواحى ينبغى أن تؤخذ بعين الاعتبار ، وأن تتوفر لنا المعلومات المتعلقة بها حتى يتيسر لنا فهم الحالة فهماً صحيحاً .

ومن المستحيل فى الوقت الحاضر الحصول على حتى مجرد بيانات كافية نوعاً تبين نسب الأطفال المحرومين من الحياة المنزلية السوية نتيجة لهذه الظروف المختلفة ، ونتيجة لمجموعات من هذه الظروف . ويظهر الغموض بوجه خاص فى المجموعة الثانية حيث تظل جماعة الأسرة الطبيعية قائمة ولكنها ، لسبب ما ، لا تؤدى وظيفتها بكفاءة . ولعل استخدام مسميات مثل الكسل ، والإهمال ، والفاقة ، ونقص الإشراف الوالدى ، والقسوة لا يزيد كثيراً عن مجرد وصف أعراض الفشل دون الإشارة بأى شكل إلى مسبباته . ومن الواضح أن البيانات المتعلقة بالعوامل المسئولة عن مثل هذه الحالات ما زالت ناقصة ، وخاصة ما يتعلق منها باعتلال الصحة والاضطراب العقلى وهما عاملان من المعروف الآن أن لكليهما أهمية كبيرة . كذلك نجد فى الفئة الثالثة أن وفاة أحد الوالدين أو الهجر يعتبر كافياً دون ذكر ما إذا كان المتوفى أو المهجور هو الأب أو الأم ، كما لم يسبق التعرض للظروف التى تعوق الوالد الآخر عن تربية الطفل . ومن المأمول إلى حد كبير أن يصبح فى الإمكان مستقبلا تصميم قوائم أكثر شمولا بأسباب الحرمان وفشل الأقارب فى أن يحلوا محل الوالدين ، وكذلك جمع بيانات يمكن الاستدلال منها مباشرة وتمكن مقارنتها بغيرها .

وليس من الممكن أن نحاول فى هذا الكتاب عمل بحث مسحى شامل عن كل ما يوجد من إحصاءات ، إلا أنه يمكن معرفة فكرة بسيطة عن نسب المشكلة من البيانات التى أمكن الحصول عليها بسهولة من المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية والسويد . ويبدو أن الاستنتاجات الأساسية التى يمكن أن نخرج بها من هذه البيانات ومن المناقشات مع الإخصائيين الاجتماعيين هى كالآتى :

(ا) لم تعد وفاة أحد الوالدين أو كليهما ذات أهمية كبيرة ، ويرجع ذلك غالباً إلى أن نسبة وفاة الراشدين الذين فى سن إنجاب الأطفال قد قلت الآن وإلى وجود برامج لمساعدة الأرامل ذوات الأطفال . وهذه الحالات قد تمثل أقل من ٢٥ ٪ من جميع الحالات . وقد كانت النسب فى عينتين من أكبر العينات ، إحداهما بريطانية والأخرى أمريكية ١٠٪ ، ٦٪ على التوالى .

(ب) تسود عدم الشرعية illegitimacy فى جميع البيانات ، وتتراوح بين ١٠٪ ، ٤٠٪ . وقد كانت النسبة فى دور تربية الرضع والأطفال الذين يقلون عن السادسة بالدانمرك ٨٠٪ ؛ حوالى سنة ١٩٤٥ .

(ج) يسود فى جميع البيانات ، باستثناء مجموعة واحدة منها ، وجود جماعة الأسرة الطبيعية مع عدم أدائها لوظيفتها بكفاءة ، ويتبدى ذلك فى الإهمال ، والفاقة ، ونقص الإشراف الوالدى أو عدم توافق الطفل . ويتبين من هذه البيانات أن تلك الحالة هى السبب الوحيد الأول فى حرمان الأطفال اليوم . ويتسبب الفقر والإهمال ، ونقص الإشراف الوالدى فى ٦٠٪ من الحالات فى أحد العينات البريطانية الكبيرة ، بينما يكون سوء التوافق مسئولا من ٢٦٪ من الحالات فى عينة نيويورك .

(د) عند ما تكون جماعة الأسرة الطبيعية متصدعة ، تكون الفرقة والطلاق عوامل شائعة ، وتتراوح بين ٥٪ ، ٢٥٪ من جميع الحالات .

(هـ) هناك سبب هام آخر لتصدع جماعة الأسرة الطبيعية هو طول مدة مرض أحد الوالدين مما يستلزم إرساله أو إرسالها إلى المستشفى (أو إلى مؤسسة فى حالة ضعاف العقول) . والمرض والضعف العقلى هما أكثر الأمراض تكراراً . ويحتمل أن يتسببا فى حوالى من ٥٪ إلى ١٠٪ من جميع الحالات .

(و) نشأ موقف فى المملكة المتحدة يمكن فيه قانونياً للآباء الذين يضطرون لإخلاء مساكنهم لعدم تسديدهم لإيجاراتها أن يتركوا الأطفال فى رعاية السلطة

المحلية وأن يبحثوا عن مأوى لأنفسهم لا يقبل فيه الأطفال . وينطبق ذلك ، فى أحد المناطق ، على حوالى ٣٣٪ من الأطفال الذين يتلقون الرعاية .

وما زال يسلم تماماً بمعظم تلك الأسباب التى تؤدى إلى افتقار الأطفال للرعاية على أنها جانب حتمى من الحياة الاجتماعية ، وحتى سنوات قليلة مضت لم تبذل محاولة للنظر فيما يكمن وراءها من العوامل الفعالة . ترى هل نقبل عدم الشرعية ، والإهمال، وسوء التوافق، والهجران على أنها شرور اجتماعية لا يمكن تجنبها ، أم أن هناك بعض الأمل فى تفهم القوى التى تشجعها وفى مقاومتها ؟ إننا نعتقد فى هذا الكتاب أن المعرفة المتزايدة فى الوقت الحالى بالطبيعة الإنسانية وبالدور الذى تؤدية حياة العائلة فى ارتقاء هذه الطبيعة تقدم لنا دلائل كثيرة وقيمة لتفهُّم القوى الفعالة . ويمكن تجميع كل هذه القوى فى فئات ثلاث كبيرة : اقتصادية، واجتماعية ، وطبية . وتشمل الاقتصادية : الفرص أو نقص الفرص التى تتاح للعائلة للحصول على حياة مُرضية ، والاجتماعية : النظام الاجتماعى الذى تعيش فيه والذى يقدم لها معونة كبيرة أو قليلة ، والطبية : الصحة العقلية والبدنية للوالدين التى تحدد الفائدة التى تجنيها العائلة من الفرص المتاحة . ويتضح لنا على التو أن مدى أهمية إحدى مجموعات العوامل هذه بالنسبة للأخريين تختلف من مجتمع لآخر اختلافاً كبيراً ، وفى المجتمع الواحد من زمن لآخر . فأحياناً ما تكون الغلبة للقوى الاقتصادية ، وأحياناً أخرى للقوى الاجتماعية أو الطبية ، وهم فى جميع الأوقات يتفاعلون سوياً . ونحن لم نبذل أى محاولة هنا لمناقشة القوى الاقتصادية الفعالة ، وسنحاول فيما يلى أن نستكشف طبيعة وتأثير القوى الاجتماعية والطبية ، وأن نولى اهتماماً خاصاً بالعوامل العقلية .

وليست هناك جماعة من الأطفال تؤدى العوامل الطبية العقلية أكبر دور فى تعرضهم لخطر الحرمان مثل اللقطاء . لهذا السبب ، ولأن رعاية اللقطاء تكتنفها مشاكل خاصة ، أفردنا فصلا خاصاً بهم . أما هذا الفصل فسوف نهتم فيه بالعوامل الطبية العقلية التى تؤدى إما إلى تصدع جماعة الأسرة

الطبيعية ، أو إلى فشلها فى أداء وظيفتها على الوجه الكامل ، على الرغم من أنها لم تتصدع . ومع أنه من المؤكد تقريباً أن اضطرابات الشخصية ، وخاصة لدى الأمهات تؤدى الدور الرئيسى فى معظم الحالات التى تتطلب رعاية دائمة فى المجتمعات الغربية اليوم ، فإنها لم تول حتى الآن سوى قليلا جداً من الاهتمام . والحقيقة أنها ذات أهمية خاصة فى المساهمة فى إحداث حالات مختلفة مثل الإهمال ، والقسوة ، واعتلال صحة أحد الوالدين لفترة طويلة ، ونقص الضبط الوالدى ، والزواج غير السعيد ، والهجران ، والفرقة والطلاق . وسوف نتناول هذه الحالات على التوالى مع التعرض لأسبابها الأصلية من مظاهر العجز الجسمية النفسية لدى الوالدين والدور الذى يؤديه الحرمان والتعاسة فى طفولة هؤلاء الآباء .

الإهمال :

إن الحالات التى يهمل فيها الآباء أطفالهم على أنواع كثيرة . وغالباً ما ينحصر الفشل فى الرعاية البدنية فقط ، فقد أشار كثير من الأخصائيين الاجتماعيين ذوى الخبرة والمران إلى كثرة الحالات التى يكون فيها الأطفال الذين أهملوا ، بمعنى كونهم قذرين وسيئى التغذية ، فى صحة عقلية طيبة جداً ولم يعاونوا من الحرمان من الحب . ولسوء الحظ أنه نظراً للاهتمام الزائد الذى يوجهه الأخصائيون للصحة البدنية والمظهر الجسمى فإنهم يأتون أحياناً بنتيجة عكسية ، عند ما يتخذون تدابير اجتماعية تكلف غالياً يحولون بها الطفل ، الذى يعانى من الإهمال البدنى ولكنه يحظى جيداً بالرعاية السيكولوجية ، إلى آخر يحظى بالرعاية البدنية ولكنه يفتقر إلى الرعاية الانفعالية .

وعلى ذلك يمكن التعرف على صورتين من الإهمال على الأقل — الإهمال البدنى ، والإهمال الانفعالى . وعلى الرغم من أنهما غالباً ما يتلازمان ، إلا أنه من الأهمية بمكان أن نميز بينهما ما داما يتطلبان علاجاً مختلفاً جداً . وعلى العموم ، فسوف نجد ، أنه بينما يرجع الإهمال البدنى غالباً إلى عوامل اقتصادية ، وإلى اعتلال

صحة الأم، والجهل ، فإن الإهمال الانفعالى يكون نتيجة عدم اتزان الوالدين انفعالياً ومرضهم العقلى ، وقد يسهم الضعف العقلى فى النوعين .

وقد كانت الأسباب التى من أجلها يهمل الوالدان اللذان يعيشان سوياً أطفالهم موضوعاً لتقرير نشرته جماعة من السيدات الإنجليزيات سنة ١٩٤٨ تحت رئاسة السيدة إيفا هوباك Eva Hubback . ولكن بينما يشير هذا التقرير إلى أن العوامل الخارجية والاقتصادية لم تكن السبب الأساسى للإهمال فى انجلترا عامى ١٩٤٦ ، ١٩٤٧ ، وإلى أن العوامل الشخصية لدى الوالدين كانت ذات أهمية جوهرية أكبر ، إلا أن التقرير قدأخفق للأسف فى مناقشة هذه العوامل بتفصيل كبير . فبالإضافة إلى أن الملاحظات التى بنيت عليها استنتاجات هذا التقرير كانت أبعد من أن تكون مُرضية ، لا يوجد دليل على أن اهتماماً كبيراً قد أولى بالعوامل الطبية العقلية — والحقيقة أنه يحتمل أن يكون العكس هو الصحيح .

ويعرض التقرير العوامل الخارجية والاقتصادية تحت أربعة عناوين رئيسية هى :

الفقر : لم يكن الدخل غير الكافى يعتبر عموماً مسئولا بشكل مباشر عن الإهمال فى أكثر الحالات ، إلا أن « العجز التام . . . عند تدبير ميزانية الأسرة . . . قد يكون هو السبب ، وقد وجدت أمثلة كثيرة على سوء الإنفاق »

حجم العائلة : « كان رأى معظم المشاهدات أن إهمال الطفل فى العائلات الكبيرة ليس أكثر منه فى العائلات الصغيرة » ، ولكن هناك دليل قاطع على أن مرات الحمل المتتالية والقريبة ، يمكن أن تقوض صحة الأم .

ظروف السكنى السيئة : على الرغم من أنه لاشك فى أن السكنى السيئة يمكن أن تجعل المشاكل القائمة من قبل أكثر سوءا ، إلا أنه لم يوجد أبداً أن البيوت التى كان يسود فيها إهمال الطفل كانت فى الأحياء القذرة الفقيرة .

اشتغال الأم بعمل عادى : لم تجد الباحثات دليلا جازماً على أن ذلك كان سبباً للإهمال .

وقد يصح أن تكون البطالة فى مجتمعات غربية أخرى ، مع عدم كفاية نظم التأمين وما يتبع ذلك من فقر ، سبباً رئيسياً لتدهور العائلة ، يؤدى فى النهاية إلى الإهمال . ولكن مثل هذه الظروف لم تكن شائعة بشكل واضح فى انجلترا عند كتابة هذا التقرير . ومن جهة أخرى أكد التقرير أهمية اعتلال صحة الوالدين البدنية والعقلية اللذين يعتقد أنهما لم يحظيا إلى حد كبير بالتقدير المناسب فى الماضى .

(هناك سبب يدعو إلى الاعتقاد بأن دراسة أشمل للنساء اللائى يهملن أطفالهن لن تثبت فقط أنهن لم يستمتعن بالصحة والعافية الطيبة التى تيسر عليهن أداء مهمتهن ، ولكنها سوف تثبت كذلك أن صحة كثيرات منهن قد تكون سيئة للغاية حقاً . . . وهناك إخفاق منتشر فى إدراك العوامل النفسية ، فالناس ينظرون إلى السكنى السيئة والفقر والازدحام الشديد على أنها أسباب للأهمال ، وقلما يهتمون بالصراع الانفعالى أو الشذوذ) .

وهناك أيضاً الاستنتاجات التى انتهى إليها مختلف أطباء الصحة الذين بحثوا « العائلات المشكلة » ، أى العائلات التى تعرضت لعدد من المشاكل الاجتماعية ويسود فيها الإهمال الدائم للطفل ، والتى لا تستجيب لنظم المساعدة الاجتماعية المعتادة . فقد وجد أن الوالدين فى العائلات المشكلة ، وخاصة الأمهات ، كانوا فى الغالب غير قابلين للتعلم وغير ثابتين فى طباعهم . وعلى الرغم من أن الضعف العقلى ليس نادراً (وجد فى حيين فى انجلترا أحدهما ريفى والآخر حضرى أن الضعف العقلى أو ما يقرب منه يوجد لدى حوالى ٢٥٪ من الأمهات فى العائلات المشكلة) إلا أنه من المتفق عليه أنه ليس المشكلة الكبرى . فكثير من الذين يقتربون من حدود الضعف العقلى يصبحون آباء صالحين إذا كانت الظروف ملائمة إلى حد ما ومتيسرة ، وهم لا ينجبون كثيراً جداً من الأطفال . ومن ناحية

أخرى ، وجد أن التقلب المزاجي ، الذي يأخذ مظهر في الهوائية وعدم الشعور بالمسئولية وعدم التبصر وانعدام النظام في المنزل ، يوجد غالباً لدى أحد الوالدين أو كليهما ، ولكنه يوجد لدى الأم عادة . أما بخصوص حالة المنزل فإنه : « لا توجد أوراق ، ولا كتب ولا ساعة أو نتيجة أو أي أشياء أخرى تدل على النظام أو القواعد . . . ولا توجد محاولة للتدبير أو الادخار ، وحين يُحصل على النقود فإنها تنفق مباشرة ، في نواحي الترف والبذخ غالباً » . ومن الواضح أن هذا العجز الأساسي عن الاهتمام بالأمور غير العاجلة هو الذي يفسر نقص استجابتهم للتعليم وغير ذلك من التدابير التي تتخذ لمساعدتهم . ويبدو أن السكنى السيئة لا تؤدي سوى دوراً ضئيلا جداً في المشكلة — فالشخصية سيئة التوافق غير القابلة للتعلم هي لب المشكلة .

وإلى جانب هذه الاضطرابات الدائمة في الشخصية ، التي قد تؤدي إلى الإهمال الشديد ، توجد حالات القلق والاكتئاب العابرة ، التي إن وجدت لدى الأم قد تؤدي بها إلى إهمال مهام منزلها ، مما ينتج عنه تدهور حالة المنزل تدريجياً . وقد تقل مشاعر حبها للأطفال أو تمتزج بقلة الصبر والمرارة . وعلى الرغم من أن هذه الحالة مرض يحتاج إلى الاهتمام الطبي حقاً ، فإنها في الغالب لا تكتشف (تشخص) حتى ينهار المنزل ، وفي هذه الحالة يغلب اعتباره مشكلة اجتماعية .

وتؤكد المناقشات مع الأخصائيين الاجتماعيين في ميدان رعاية الأطفال بالولايات المتحدة الأمريكية دائماً أهمية مشاكل الوالدين الانفعالية كسبب أساسي لافتقار الأطفال للرعاية ، كما تؤكد مدى كون الحرمان والتعاسة في طفولة الآباء أنفسهم سبباً في مشاكلهم الحالية . فمن الواضح أن الوالد سيئ التوافق وعديم الثبات ، الذي وجدنا أنه السبب في إهمال الطفل ، يكون في الغالب ذلك الشخص الكبير الذي كان طفلا سيئ التوافق عديم العاطفة والذي ناقشناه طويلا كنتيجة نموذجية للحرمان من الأمومة . ونجد هنا ، مرة ثانية ، الهوائية وعدم تحمل المسئولية

والعجز عن اتخاذ اتجاه مجرد أو عن التعلم، والرغبة عن المساعدة، والعلاقات السطحية، والسلوك الجنسي الشائع، وهم ما أصبح القارىء الآن على دراية بهم جميعاً. ومن المقرر أن كل هذه المظاهر لا تظهر على كل الآباء المشكلين، فالعجز يكون لدى البعض منهم جزئياً فقط، ولكن مما لا شك فيه أنهم فى جوهرهم لا يختلفون عن ذلك شيئاً. وللآن لم يول هذا التتابع الاجتماعى — أى نمو الطفل السيكوباتى المهمل ليصبح أبا سيكوباتياً مُهملا — سوى قليلا من الاهتمام؛ بل على العكس من ذلك، نرى أن الذين يبحثون العائلات المشكلة يهتمون بإمكان وراثة الصفات التى قد تؤدى إلى سوء توافق وهوائية الوالدين، أكثر من اهتمامهم بأحداث طفولتهم المبكرة. ونظراً لأن الباحثين لم يولوا هذا الجانب من المشكلة كثيراً من الاهتمام فإن الحقائق الثابتة ما زالت نادرة. ومع ذلك نشأت النظرية الأساسية من تحليل ٢٣٤ زوجاً من الآباء الذين قدموا ٣٤٦ طفلا لدور الدكتور برناردو Dr. Bernardc لرعاية الأطفال فى سنة ١٩٣٧ — ١٩٣٩. حقيقى أنه لم يكن من الميسور الحصول على معلومات عن الظروف التى مر بها ٦٠ ٪ من الأمهات، ٧٦ ٪ من الآباء، ولكن ذلك فى حد ذاته دليل هام، لأنه كما يقرر الباحثون: «نحن نرى أن هذا اللون من الآباء قد عاش حياة غير مستقرة ينقصها الاتصال الدائم، مما يجعل الحصول على تاريخ الحالة كاملا ضرباً من المستحيل». وقد وجد فى الحالات التى كان يمكن فيها معرفة شىء عن طفولة الوالدين أن ٣١ ٪ من الآباء وحوالى ٥٨ ٪ من الأمهات كانوا محرومين من الحياة المنزلية السوية فى طفولتهم. وكان لدى معظمهم عجز فيزيقى أو عقلى. وكان يبدو أن كثيراً منهم إما أهملوا أو عوملوا بقسوة فى طفولتهم. وليست هذه الأرقام مضبوطة تماماً، ولكنها لا تحتمل الخطأ فى اتجاه المبالغة فى أهمية هذه المتاعب الطبية العقلية. ومن المأمول فى الأبحاث المستقبلة عن العائلات المشكلة أن يُهتم بتربية الآباء أنفسهم.

القسوة البدنية :

من رحمة الأقدار أن القسوة البدنية نادرة ، فهى لا تتسبب فى أكثر من ٣ ٪ إلى ٥ ٪ من الأطفال المحتاجين للرعاية . وعلى الرغم من أنه لا يبدو أن دراسة طبية عقلية ما قد أجريت عن شخصيات وتاريخ طفولة الآباء الذين يقعون فى أخطاء هذا السلوك ، فإن خبرة الأطباء النفسيين بأطفال المدارس المحالين لهم لعنف سلوكهم تجاه الآخرين أظهرت أن هؤلاء التلاميذ يقاسون من سوء توافق شديد ناجم عن حرمان ضخم أو نبذ . والقسوة على الحيوانات والأطفال الآخرين مظهر مميز ، ولو أنه غير شائع ، للجانح عديم العاطفة كما أن الثورة العرضية المصحوبة بالعنف غير المعقول معروفة جيداً فى الأمراض العقلية . وعلى ذلك ، فمن المحتمل أننا نكون فى مأمن من الخطأ إذا تنبأنا بأنه عندما تجرى دراسة للآباء الآثمين عن قسوتهم البدنية على أطفالهم ، فإن اضطرابات الشخصية سوف تثبت القاعدة ، فهى إما تكون تابعة لحرمان سابق أو نبذ فى الطفولة أو مصحوبة بمرض عقلى .

مرض أحد الوالدين لمدة طويلة :

إن اعتبار مرض أحد الوالدين المزمن ، وخاصة الأم ، ضمن أسباب حرمان الأطفال قد قلل من أهميته إلى حد كبير فى الماضى . ويجب أن نوجه الاهتمام مرة ثانية زيادة على ذلك إلى العوامل العقلية مادام، كما جاء على لسان أحد المختصين الأمريكيين « مرض أحد الوالدين عقلياً هو أكثر العوامل التى تؤدى إلى اعتماد الطفل على غيره شيوعاً » سواء كانت الأم فى مستشفى للأمراض العقلية أم لا . وقد تؤدى العوامل العقلية فى الغالب ، نظراً لكثرتها وطول مدتها ، دوراً أكبر من المرض الجسمى فى جعل الأطفال يحتاجون للرعاية ؛ ولذا فإن اعتلال صحة الأم النفسية — الذى لم يشخص — لا يتسبب فى كثير من إهمال الأطفال فى منازلهم فقط ، ولكن عند ما تكتشف الحالة أو تشخص فإن طول مدة

نقاهتها أو مكثها بالمستشفى قد يتطلب وسائل خاصة لرعايتهم فى أى مكان . وليس من الضرورى أن نكرر هنا الدليل الذى يشير إلى علاقات الطفولة التعسة كسبب هام جداً للاضطراب العقلى .

نقص إشراف الوالدين :

توجد فى كثير من الدول أساليب قضائية تبعد الأطفال عن رعاية والديهم سواء برضى الوالدين أم بدونه ، على أساس أنهم بعيدون عن الإشراف . ومعظم مثل هؤلاء الأطفال يكونون مهملين أوسيئى التوافق أو الإثنين معاً ، ولكن ما دامت معالجة الطفل تحت إحدى هاتين التسميتين تعتمد على مجرد الصدفة ، ومادام سوء التوافق ونقص مباشرة الوالدين ليسا فى أى حالة سوى وجهين لعملة واحدة ، فإننا لن نعطى هذا العنوان اهتماماً خاصاً . وسوف نعالج مشكلة « سوء التوافق » فى الفصل الرابع عشر .

الزواج غير السعيد ، الهجران ، الفرقة ، الطلاق :

على الرغم من أنه من الواضح أن الزواج السعيد المستقر ضرورى لرعاية العائلة للأطفال رعاية فعالة ، فإن بحوثاً قليلة قد أجريت لدراسة العوامل التى تؤدى إلى مثل هذه الزيجات . وقد أجريت دراستان فى الولايات المتحدة سنة ١٩٣٠ ، واتفقتا فى استنتاج ثلاثة أشياء ذات أهمية عظمى للسعادة الزوجية : السعادة الزوجية لوالدى الزوجين ؛ والسعادة فى الطفولة ؛ وانعدام الصراع لدى الأم . وقد حلل اثنان من الباحثين إجابات ٥٢٦ زوجاً وزوجة معظمهم من شباب الطبقة الوسطى الأمريكية فى إحدى صحف الاستبيان ، واستنتجا من هذا الجزء من بحثهم أن ظروف طفولتهم الأكثر اتصالا بسعادتهم الزوجية كانت سعادة أو تعاسة والديهم الزوجية ، يلى ذلك فى الأهمية درجة محبتهم لوالديهم ، وخاصة لأمهاتهم . وقد قام هذان الباحثان بدراسة أكثر تفصيلا لمائة من الأزواج والزوجات ، استنتجا منها أن حياة الحب Love-life للشخص الراشد مشروطة

بعلاقات حبه فى الطفولة . هذه النتائج التى توصل إليها أخصائيون نفسيون واجتماعيون ذوو مكانة عالية ، كل على حدة ، لابد أن تؤخذ كدليل هام يثبت الافتراضات الأساسية التى يقوم عليها هذا الكتاب ، والافتراض الخاص فى هذا الفصل — بأن الأطفال المحرومين غير السعداء يشبون ليصبحوا آباء سيئين .

أسباب فشل الأقارب فى أن يحلوا محل الوالدين

سبق أن أشرنا إلى أنه ما زال من المعتاد فى المجتمعات الغربية أن يقوم الأقارب المباشرون برعاية الأطفال حينما تفشل جماعة الأسرة الطبيعية لأى سبب فى ذلك ، وإلى أن الأسباب التى من أجلها يصبح الطفل بدون أسرة لا تكتمل بأى حال ما لم يعرف السبب فى فشل الأقارب فى أداء هذه المهمة . والأسباب المألوفة للفشل هى :

(ا) الأقارب متوفون أو مسنون ، أو مرضى .

(ب) الأقارب يقطنون بعيداً جداً .

(جـ) الأقارب عاجزون عن المساعدة لأسباب اقتصادية .

(د) الأقارب غير راغبين فى المساعدة .

(هـ) لم يكن للوالدين أقارب إطلاقاً (بمعنى أنهم قد نشأوا فى مجموعة من دور التبنى أو المؤسسات منذ بداية حياتهم) .

وقد يصح أن يكون الأقارب فى المجتمعات الغربية الحالية أقل ، وأكبر سناً عما كانت عليه الحالة من قبل ، ولا يمكن الحصول عليهم للمساعدة عند الحاجة ، وذلك نتيجة تجمع تأثيرات عوامل كثيرة كقلة معدل الولادة ، وكبر السن عند الزواج ، واشتغال النساء ، وتصدع المجتمع . ومع هذا ، فمن المحتمل ألا يوجد سوى عدد قليل من العائلات التى ليس لها أقارب . ومن المحتمل أن يكون الفشل فى المساعدة راجعاً فى الغالب إلى البعد ، ونقص أماكن

النوم ، أو أى ضائقة اقتصادية أخرى . وعندما تكون الحالة كذلك ، فإن المساعدة المادية التى تعطى بحكمة تحفظ الطفل فى حالات كثيرة فى جماعة أسرته الكبيرة . وتقع الظروف التى تؤدى إلى صعوبات أكبر تحت الفئتين (د ، ج) ، حيث يكون الأقارب إما غير راغبين فى المساعدة أو لا يمكن الحصول عليهم إطلاقا .

وليس من النادر أن تكون الظروف التى تسببت فى فشل الوالدين فى رعاية الطفل هى السبب أيضاً فى رغبة الأقارب عن أن يحلوا محلهما . فمثلا ، ليس لدى الأم غير المتزوجة مشاكل اقتصادية فقط ، ولكنها قد تكون كذلك منبوذة من أقاربها . كما يحتمل أن يكون الاضطراب العقلى وسوء التوافق اللذان كثيراً ما يؤديان إلى الفقر والإهمال من جهة ، أو إلى الهجر من جهة أخرى ، مرتبطان بالعلاقات السيئة بالجيران والأقارب . وفى ذلك يكتب أحد أخصائيى الأطفال : « إننى أكتشف دائماً أن السبب فى عدم استطاعة من يحضر لنا طفله فى الحصول على مساعدة الأقارب والجيران يرجع فى الغالب إلى أنه نفسه شخص لا يرعى الجيرة ففر الآخرون من مساعدته » . وعلى ذلك ، فالعوامل الشخصية قد تؤدى دوراً هاماً فى تحطيم كل من الخط الأول والثانى للدفاع ضد « فقدان الأسرة » .

ويدرك هؤلاء المحظوظون لانتمائهم إلى عائلات كبيرة متعاونة مدى الشعور الكبير بالأمن الذى يستمدونه من معرفتهم أنه إذا ما اختطفهم الموت فجأة ، فمن المؤكد أن يجد أطفالهم بسهولة من يرغب فى رعايتهم من الأقارب . وإن عدم وجود مثل هذه العائلة الكبيرة لهو أحد العقبات الكثيرة التى يعانى منها الطفل المحروم من الحياة الأسرية السوية عند ما يكبر ويصبح والداً .

اتضح مما سبق أنه فى المجتمع الذى ينخفض فيه معدل الوفيات ، ويرتفع فيه معدل العمل ، وتوجد فيه برامج كافية للرفاهية ، يكون عدم الثبات الانفعالى وعجز الآباء عن إقامة علاقات عائلية ناجحة هما السبب المباشر فى حرمان

الأطفال من الحياة الأسرية السوية ، وذلك فى حد ذاته استنتاج هام ، ولكن ربما يكون الأهم أن نلاحظ أنه ليس من النادر أن يكون أساس عجز الراشدين عن إقامة علاقات عائلية ناجحة فى حد ذاته نتيجة لحرمانهم من الحياة الأسرية السوية فى طفولتهم . وبذلك يكتشف الباحث دائرة اجتماعية تكمل نفسها بنفسها ، ينشأ فيها الأطفال المحرومون من الحياة الأسرية السوية ليصبحوا آباء عاجزين عن تهيئة حياة أسرية سوية لأطفالهم ، مؤدين بذلك إلى جيل آخر من الراشدين العاجزين بدورهم عن تهيئة نفس الشىء لأطفالهم . وينظر معظم الأخصائيين إلى هذه الدائرة المفرغة على أنها تؤدى دوراً هاماً فى المشكلة بأسرها وتلك مسألة من الواضح أنها تحتاج إلى المزيد من البحث .

الفصل التاسع

وقاية العائلة من الإخفاق

بما أن الطريقة الأساسية لتجنيب الطفل الحرمان من الأمومة لن تتوفر إلا إذا ضمنا أنه يتلقى التربية داخل نطاق عائلته الأصلية ، فيجب أن تشجع الوسائل التي تحقق له ذلك . ويؤيد تقرير عصبة الأمم سنة ١٩٣٨ احتمال نجاح مثل هذه الوسائل. فهو يستنتج ، بعد استعراض المصادر المتاحة لباحث الحالات المتمرن ، أن استخدام مثل هذه الوسائل والمصادر بعناية يهيئ للطفل فى معظم الحالات نوعاً من الرعاية يكفى لإجابة الحد الأدنى لمتطلبات المجتمع ، وأنه لا حاجة هناك لإبعاد الطفل عن منزله الأصلى . وتشمل هذه الوسائل عادة بذل المساعدة الإيجابية للوالدين فى النواحى الاقتصادية ، والاجتماعية والطبية

وهناك ثلاثة اعتراضات على اضطلاع المجتمع بمثل هذه المهمة ، أولها الناحية الاقتصادية . ويرد على هذا الاعتراض بأنه لابد من ملاحظة التكاليف الباهظة التى يتحملها المجتمع فى حالات المرض ، والبطالة والجريمة وتربية المزيد من الأطفال المحرومين ، التى تحدث جميعها نتيجة الفشل فى اتخاذ وسائل مناسبة لوقاية العائلة . والاعتراض الثانى هو أن مد الوالدين بالمساعدة قد يقلل من إنتاجهم واعتمادهم على أنفسهم ويجعلهم اعتماديين . وذلك قد يحدث بالطبع إذا ما بذلت المساعدة دون استثارة التعاون الإيجابى لمن تقدم لهم ، وهذا ما لا يجب أن يحدث. وقد تعلم الأخصائيون الاجتماعيون المدربون أن يتعاملوا مع عملائهم على أساس تنمية قدرتهم على المساعدة الذاتية ، فالاتجاه الاعتمادى لا ينشأ إلا عند ما يسمح الأخصائى بالاعتماد أو يشجع عليه بأداء أشياء لعملائه دون مشاركتهم فيها . ونواجه أخيراً الاعتراض حول عدم وجوب تدخل الدولة فى

حياة العائلة . وهذا يجعلنا نتعرض لموضوعات متشعبة، ولكن يجب ملاحظة أنه كما يعتمد الأطفال تماماً على إعالة آبائهم لهم، فإن والديهم — وخصوصاً أمهاتهم — يعتمدون كذلك فى كل المجتمعات حتى أكثرها بدائية على مجتمع أكبر ليعينهم اقتصادياً . فإذا كان المجتمع يهتم بأطفاله فلا بد أن يرعى آباءهم .

المعونة المباشرة للعائلات

المعونة الاقتصادية :

على الرغم من تسليم تقرير عصبة الأمم بأنه :

(يجب النظر إلى تجنب إبعاد أى طفل عن رعاية الوالد غير القادر ، حين يجعل ضمان تقديم المعونة المادية ذلك الإبعاد غير ضرورى ، كمبدأ جوهرى فى رعاية الطفل) .

إلا أن هذا المبدأ لم يؤخذ به فى معظم الدول حتى الآن . فهناك اليوم حكومات على استعداد لإنفاق ما يصل إلى عشرة جنيهات فى الأسبوع على تهيئة أماكن إقامة الأطفال ، ولكنها ترتعد من إعطاء نصف هذا المبلغ لأرملة أو لأم غير متزوجة ، أو لجدة لمساعدتها على رعاية الطفل فى المنزل . والحقيقة أنه ليس هناك ما يميز كلا من الاتجاهين الحكومى والأهلى نحو المشكلة أكثر من الرغبة فى إنفاق مبالغ كبيرة من المال على رعاية الأطفال بعيداً عن أسرهم مقترنة بالمساومة والتقتير فى بذل المساعدة للأسرة ذاتها . والأمثلة على ذلك عديدة ومتفاوتة ، ابتداء من المبالغ الكبيرة التى تنفق لإبقاء الطفل فى المستشفى مقارنة بالمبالغ الضئيلة جداً التى تلزم لمعالجته فى المنزل ، حتى قدرة أحد الهيئات المحلية الإنجليزية على إنفاق حوالى خمسة جنيهات فى الأسبوع على تهيئة مكان لإقامة طفل واحد ، بينما تفقد القدرة على إنفاق ٣٠ شلناً أو ما يقرب من ذلك فى مساعدته على البقاء والمعيشة فى المنزل . وقد يكون ذلك راجعاً إلى الصعوبات

الخاصة باختلاف معاملة العائلات — إذا حصلت مسز سميث على أغطية فلماذا لا تحصل عليها مسز جونز هى الأخرى ؟ — ولكن هذه الصعوبات يجب أن تذلل بوسائل أخرى غير إبقاء الأطفال فى المؤسسات .

ومما يستحق الذكر أنه لا يبذل سوى اهتمام ضئيل جداً بحاجات الأسرة التى فقدت أحد الوالدين فقط عن طريق الوفاة ، أو المرض ، أو لأى سبب آخر ، وتلك حالة توجد لدى حوالى ربع جميع الأطفال الذين يتلقون الرعاية . ومن الواضح أنه يجب بذل كل مجهود لمساعدة الوالد الآخر على رعاية الطفل .

وتواجه الأمهات — اللائى يفقدن أزواجهن ولديهن أطفال يقلون عن الخامسة أو الثالثة وما زالوا غير مناسبين لمدارس الحضانة أو لأى نوع من الحياة الجماعية — صعوبة كبرى فى معظم الدول فى كسب العيش ورعاية الأطفال ، وهما نوعان من النشاط يستحيل أن يتمشيا سوياً حين يكون الأطفال صغاراً جداً . وعلى الرغم من أن المساعدة المباشرة للأم تكون هزيلة فى العادة ، فإنه كثيراً ما تنفق أموا حكومية أو تبرعات على تهيئة دور للحضانة اليومية تكلف ، فى بعض أجزاء انجلترا مثلا ، ما يزيد على ثلاثة جنيهات للطفل الواحد فى الأسبوع وليست هذه طريقة مثمرة لإنفاق النقود ، سواء من وجهة نظر الصحة أو الإنتاج الصناعى . فبالنسبة للصحة فمن المعروف أن دور الحضانة اليومية بها نسب عالية من الأمراض المعدية ، ويعتقد أن لها أثراً سيئاً على نمو الأطفال الانفعالى . أما بالنسبة للإنتاج فإن ما يجنى من المرأة قليل ما دام يوجد من بين كل مائة أم عاملة خمسون يقمن برعاية أطفالهن ، ومن المعروف لكل صاحب عمل أن أمهات الأطفال الصغار لسن عاملات مُرضيات وغالباً ما يتغيبن إذا ما حدث أقل مرض بالبيت . لهذه الأسباب يجب أن تقتصر الحضانة اليومية على الأطفال الذين يزيدون على ثلاث سنوات والذين يستطيعون التكيف فى مدرسة الحضانة . وحتى يصل الطفل إلى هذا السن ، يجب بذل المعونة الاقتصادية المباشرة للأم .

أما فى حالة الآباء الذين يتركون بأطفال لا أمهات لهم ، سواء بشكل مؤقت عند ما تكون الأم فى أحد المستشفيات أو بشكل دائم ، يفضل إيجاد مدبرة لشئون البيت بدلا من إبعاد الأطفال . وتوصف هذه الخدمة التى نشأت وتطورت فى كندا ، والولايات المتحدة على النحو التالى :

(يتراوح الوقت الذى تمضيه المدبرة بين ساعتين فى اليوم والإقامة الدائمة ، ولكن فى حالات كثيرة تستمر المدبرة مع عائلة واحدة لسنوات عدة . وقبل تقديم خدمة المدبرة يجب التأكد من أن بالعائلة شخصاً يعتمد عليه ، هو الأب عادة أو طفل كبير . . . وقد قيل إن « المدبرات على عكس الأمهات المتبنيات » . فالأم المتبنية يغلب أن تكون شابة ، أما المدبرة فيحتمل فقط أن تكون كذلك . والفرق الآخر الملحوظ هو أنه بينما تنفق الأم المتبنية من نقودها الخاصة ، تنفق المدبرة نقود شخص آخر ...)

وتتلخص مزايا خدمة المدبرة على النحو الآتى :

(ا) تُبقى على اهتمام الوالد وإحساسه بالمسئولية .

(ب) تُعطى الأطفال شعوراً أكثر بالأمن فى علاقاتهم العائلية .

(حـ) تبقى على الأسرة وجوها وفى ذلك تجنب للتصدع الذى قد يستمر لمدة طويلة والذى ينتج عموماً من وضع الطفل فى دار الإقامة مهما كانت تضحية الأب .

(د) أقل نفقات من رعاية الطفل فى عائلات كبيرة .

(هـ) تهيئ علاقة سوية وتجعل للطفل مركزاً أفضل فى المجتمع عما إذا كان فى دار للرعاية .

(و) تتجنب النتيجة المؤلمة الحقيقية التى تحدث عند ما ينشأ الطفل فى عائلة دار للرعاية ثم ينزع منها بعد ذلك .

ويجب ملاحظة أن هذه الوسيلة للرعاية أرخص فعلا ، فى العائلات الكبيرة على الأقل ، من إبعاد الأطفال . ولكن لا يبدو أنها شائعة فى المجتمعات الغربية فى الوقت الحالى باستثناء برامج مساعدة الأسرة فى بريطانيا والسويد .

ومن المأمول أن تنظر الحكومات وكذلك الهيئات الأهلية ، قبيل إنفاق مزيد من المال على رعاية الأطفال بعيداً عن منازلهم ، فيما إذا كانت كل مساعدة مالية ممكنة قد بذلت لعون الآباء على رعايتهم فى المنزل ، وذلك لأجل صالح الاقتصاد المالى ولأجل صحة الطفل العقلية . ويضع « سبنس Spense » المسألة بصورة سديدة حين يقول : « إن كثيراً من المساعدة الاجتماعية التى تقدم للأمهات تقدم بطريقة تنشىء لديهن الخوف وتقلل من ثقتهن بأنفسهن .

المعونة الطبية الاجتماعية :

على الرغم من أن المعونة الاقتصادية شىء أساسى دائماً ، إلا أنها فى الغالب تكون عديمة الجدوى ما لم تصحبها مساعدة طبية اجتماعية . وفى كثير من الحالات قد لاتوجد مشكلة اقتصادية على الإطلاق ما لم تكن نتيجة لمرض فيزيقى أو عقلى ، أو لسوء توافق فى الشخصية أو لصراع فى المنزل .

وعلى الرغم من أن تقديم الخدمات لرعاية الصحة الفيزيقية للوالدين ، وخاصة أمهات صغار الأطفال ، ذو أهمية بالغة ، فإننا لن نوليها مزيداً من الاهتمام لأنها قد أصبحت عملية مقبولة فى كثير من الدول الغربية . وهناك نوع خاص من الخدمة لم يلق بعد التقدير الذى يستحقه وهو تهيئة « دور الراحة أو الاستجمام » التى تذهب إليها الأمهات مع أطفالهن الصغار . وقد أقيمت إحدى هذه الدور بجوار « مانشستر » منذ نهاية الحرب العالمية الأخيرة . ويقصد هذه الدار الأمهات اللائى فى صحة فيزيقية سيئة أو على وشك الإصابة بانهيار عقلى ، ويمكثن فيها لعدة أسابيع أو أشهر للاستشفاء بعيداً عن مشاكل تهيئة رعاية الأطفال الصغار أو القلق على حالتهم — وهو قلق حتمى وعادى للأم التى لديها أطفال صغار . زد على ذلك أن هذه الدار إذا ما سارت على نهج الاستبصار بالمشاكل الانفعالية للأمهات والأطفال ، فإن كثيراً من المساعدة

يمكن أن تبذل للأمهات لإنشاء علاقة قائمة على الأمن والمحبة المتبادلة ، التى يعتمد عليها مستقبل صحة الطفل العقلية كما سبق أن رأينا .

وهناك خدمة أخرى ما زالت فى مرحلة مبكرة فى معظم الدول وهى « توجيه الزواج marriage guidance » . فيجب قبل إمكان وضع خطط نافعة لمساعدة الزوجين اللذين يعانيان من المشاكل أن يكون هناك فهم عميق لأسباب فشل الزواج . ويوجد فى كثير من البلدان تأكيد كبير على الجهل بالجانب الفيزيقى للزواج ، ولكن معظم الخبراء من الناس يدركون الآن أن ذلك جانب بسيط فقط من المشكلة سهل العلاج ، والأهم منه شخصيات الزوجين . وقد نذكر ما استنتجه الباحثون من أن « علاقات الطفولة القائمة على الحب تحدد حياة الحب للشخص الراشد » ، وتلك هى الحقيقة الأساسية التى تقوم عليها الأساليب الحديثة فى التربية . ويعلق أحد الأخصائيين الاجتماعيين فى كتابه عن تشخيص وعلاج مشاكل الزواج بقوله : « لقد وجدنا أن الناس الذين يقصدوننا بسبب مشاكل الزواج قد انتقلت مشاكل طفولتهم التى لم تحل إلى حياتهم الزوجية بدرجة كبيرة ، وما لم تعرف هذه المشاكل بوضوح ، وما لم تعط اهتماماً ، فلن يمكن تحقيق تكيف أفضل فى الحياة الزوجية . ومن الضرورى على وجه الخصوص أن يدرك الأخصائى الاجتماعى كلا من الدوافع اللاشعورية القوية التى تحدو بالأزواج والزوجات إلى خلق المشكلة التى يشكون منها وإلى رؤية سلوك شريك حياتهم بتلك الصورة المشوهة التى يرونه عليها . وقد لا يستفز الأزواج والزوجات رفيقهم الآخر ليسلك سلوكاً غير طيب فقط ، ولكنهم قد يعتقدون حقاً أن سلوكهم أسوأ بكثير مما هو عليه حقيقة . وعلى ذلك فالمشكلة هى صعوبة أن يقيم أحد الشريكين أو كليهما علاقات إنسانية طيبة .

وعلى الرغم من أنه لابد من اعتبار هذه المشاكل الشخصية التى بدأت فى الطفولة كأكثر العوامل شيوعاً وأهمية فى سوء التوافق فى الحياة الزوجية ،

إلا أنه لا يجب إغفال الأخطاء الموجودة فى العالم الاجتماعى الذى يعيش فيه الزوجان .وقد سبقت الإشارة إلى التصدع الاجتماعى الذى يميز كثيراً من المجتمعات الغربية الآن والذى يجبر الأزواج والزوجات على :

« أن يبحثوا داخل العائلة عن أشباع حاجات اجتماعية وشخصية ، تستحيل لطبيعتها أن تشبع بها . وفى هذه الظروف تُحمل روابط العائلة تيارات (على سبيل التمثيل) لم تهيأ لها وليس غريباً ألا يكون ما يحدث من الاضطراب نادر الوقوع » .

وعلى ذلك ، فلا بد لكى يكون توجيه الزواج مجدياً أن يوضع فى الاعتبار كل من الوسط الاجتماعى للعائلة ، والمشاكل السيكولوجية الخافية لدى الشريكين . ويجب أن يعالج « توجيه الزواج » لا الأعراض فقط بل ما وراء مشاكل الزوجين من أسباب أيضاً .

وتصح نفس هذه الاعتبارات عندما يوجد احتكاك بين الآباء والأطفال ، وهو سبب غير نادر لإبعاد الأطفال عن منازلهم . ويجب أن ننظر إلى المشكلة الخاصة — مثل بل الفراش والسرقة والعدوان أو أى شىء تكون — على أنها مجرد عرض يوجه الاهتمام إلى موقف أكثر تعقيداً وغير ظاهر فى الغالب ، تلعب فيه مشاكل الوالدين الانفعالية دوراً كبيراً فى العادة . ويدرك أخصائيوا توجيه الأطفال ذلك الآن بوضوح ، ويقفون وقتاً كبيراً كالذى يقفونه لعلاج الأطفال على علاج الوالدين . حقيقة أنه كثيراً ما كانت خدمات توجيه الأطفال فى حد ذاتها هى السبب يوماً ما فى إبعاد الطفل عن البيت ، ولكن العيادات المتقدمة فى أوربا وأمريكا لم تعد تنظر إلى إبعاد الطفل كخطوة حكيمة . ومن الطبيعى أن توجد حالات يكون التغيير المؤقت فيها مجدياً ، وأخرى يكون فيها منزل الطفل غير قابل للإصلاح . ومهما يكن الأمر فإن ازدياد تفهم دور العلاقات العائلية ، بالإضافة إلى معالجتها معالجة فنية ، قد أديا إلى تغيير السياسة فى اتجاه اصلاح المنزل بدلا من تفكيكه . والحقيقة أن كثيراً من المشاكل التى يبدو أنه لا أمل فيها يمكن علاجها إذا تناولناها بمهارة واستبصار —

ما دامت هنالك لدى كل العائلات تقريباً حاجة قوية للمعيشة سوياً فى محيط كبير ، وهذا مما يهيىء دافعاً قوياً للتغيير فى الاتجاه المناسب . وينحصر عمل الأخصائى، سواء كان طبياً أم لا ، فى أن يساعد على تهيئة الظروف التى تتيح لهذا الدافع أن يقوى دائماً ، حتى تظل المظاهر الأساسية للمنزل الجيد باقية ، على الرغم من أن كل شىء قد يكون مضطرباً . وبناء عليه يجب اعتبار تقديم خدمات توجيه الطفل بسخاء أول عمل ضرورى للإبقاء على الحياة العائلية ولنشر الصحة العقلية . ومن المتفق عليه الآن ، زيادة على ذلك ، أن عملا من هذا النوع له قيمة خاصة فى حالة صغار الأطفال وأمهاتهم ، طالما أنه فى السنوات القليلة الأولى من الحياة يرسى الأساس الأول لنمط العلاقة التى تربط بين الوالد والطفل فيما بعد . وليست مشاكل المراهقة أكثر من أصداء للصراعات التى بدأت فى هذه السن المبكرة . فالمشاكل غير القابلة للحل فى الثالثة عشر ، قد تحل بسرعة وبجدوى فى الثالثة . ويتوقف أملنا فى الوقاية على إعطاء الأولوية للعمل فى تلك السنوات المبكرة .

وللوسائل التربوية المعينة التى تستخدم مع الأطفال سيئى التوافق قيمتها كذلك . فمنذ عام ١٩٣٩ هيأت مدينة أمستردام مدرسة أو مدرستين ذات هيئة إشراف خاصة يحال إليها الأطفال من قسم الصحة العقلية الملحق بها بعد بحث وتشخيص طبى عقلى دقيق . ويوجد بها اتصال وثيق بين المدرسين والأطباء العقليين ، كما تبذل جهود خاصة للتعاون مع آباء الأطفال لتهيئة توجيه مهنى ، ورعاية لاحقة لهم . وقد تبعت بلدية لندن كذلك أخيراً سياسة أمستردام .

أما فى حالة الأطفال الكبار — الذين تبلغ أعمارهم ثمان سنوات فما فوق — فقد يفيد معهم استخدام وسائل مثل إلحاقهم بمدرسة داخلية ، إذ قد يفيد الطفل سيئ التوافق أن يبتعد لمدة من السنة عن التوترات التى أحدثت مشاكله ويصح نفس الشىء إذا كان المنزل سيئاً . وللمدرسة الداخلية ميزة كبيرة لأنها تبقى على جميع الروابط العائلية الهامة للطفل حتى ولو بشكل أضعف

قليلا ، وما دامت تمثل جانباً من النظام الاجتماعى المعتاد فى معظم المجتمعات الغربية اليوم ، فإن الطفل الذى يذهب إلى مدرسة داخلية لن يشعر باختلاقه عن بقية الأطفال الآخرين . وزيادة على ذلك ، فإنه بإراحة الوالدين من الأطفال جزءا من السنة يتمكن بعضهم من تنمية اتجاهات أكثر وداً نحو أطفالهم خلال بقية العام .

وأخيراً توجد مسألة العائلات المشكلة ، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات :

(ا) العائلات التى تستطيع ، إذا ما بذلت لها المساعدة الاقتصادية والطبية الممكنة ، أن تصبح مرة ثانية وحدات اجتماعية نافعة .

(ب) العائلات التى قد تحتاج إلى قسط من المساعدة الدائمة ، ولكنها تستطيع أن تستجيب استجابة طيبة لها .

(حـ) العائلات التى لا تجدى كل الوسائل الاجتماعية المعتادة فى مساعدتها .

وقد وصف الإجراء اللازم اتخاذه مع عائلات الجماعتين الأولى والثانية — إذا كان لهم أن يقفوا ثانية على أقدامهم — فى تقرير « جمعية مسز هوباك » عن الطفل المهمل وعائلته . وقد دلت الخبرة على أن الجمع بين التعمق فى فهم الأسباب والعلاقات القائمة على العطف ، والعمل اليدوى الشاق مع المعونة الطبية والمالية يمكن أن ينقذ كثيراً من الأسر التى تصبح موصومة خلقياً ومتصدعة . ومثل هذه المساعدة يكون لها قيمة خاصة إذا كان الجهل والفقر وسوء الصحة البدنية هم أسباب إخفاق العائلة . أما عندما يكون السبب الأساسى هو عدم الثبات المزاجى للوالدين أو مرضهما النفسى ، فإن مثل هذه الوسائل تفشل عادة . ولهذا السبب يحتاج الأخصائيون إلى استبصار طبى عقلى لكى يتجنبوا الإخفاق مع حالات لا يستطيعون مساعدتها .

ولا توجد ، حتى الآن ، خطة متفق عليها لمساعدة العائلات التى يرجع فشلها إلى المتاعب السيكولوجية المزمنة للوالدين . وربما كان أكثر المشروعات

المطروحة للمناقشة فى الوقت الحالى اعتدالا وإمكاناً للتحقيق مشروع وضع عائلات بأسرها تحت الملاحظة والضبط ، وذلك بتهيئة وحدات خاصة لهم ، تستطيع كل منها أن تأوى عدداً بسيطاً من العائلات المشكلة ، وتكون مسئولة من أخصائيين متمرنين . فمما يقال انه مثلما يعتبر ضرورياً أن يوضع تحت الملاحظة أولئك الأفراد المرضى بعقولهم من أجل صالحهم وصالح الآخرين ، فمن المعقول كذلك أن توضع تحت الملاحظة تلك العائلات التى تعرض صالح أعضائها وصالح الآخرين للخطر . ويتطلب برنامجاً من هذا النوع فى كل البلاد تقريباً تشريعاً خاصاً ، وذلك ما توضع له الأسس الآن فى نثرلاندز . ومن المعروف أن هذا المشروع يتضمن تدخلا خطيراً فى الحرية الشخصية ، ويبعث على ضيق بعض الناس . ولكن العائلات المشكلة تشكل خطراً جسيما أبدياً فى حد ذاته على التقدم الاجتماعى ، وحتى يمكن إيجاد وسائل أكثر جدوى فى إعادة الصحة إلى الشخصيات المعتلة سيكولوجيا ، أو حتى يثبت نجاح الوسائل بعيدة الأمد للمحافظة على الصحة العقلية فى الوقاية من نشأة هذه الشخصيات ، فإن ذلك يكون هو الحل الصحيح فعلا .

البرامج الاجتماعية بعيدة الأمد

الارتقاء الاقتصادى :

إن تصدع المجتمع والعائلة الكبيرة فى المجتمعات الغربية المصنعة يحدث مشاكل جسيمة . وتخرج مناقشة كيفية إمكان تغيير هذه الاتجاهات الاجتماعية الأساسية وكيفية الإقلال من تأثيرها على حياة العائلة عن مجال هذا الكتاب . ومع ذلك فإن أى سياسة شاملة لوقاية الأطفال من أن يصبحوا محرومين لا يمكن أن تغفل ذلك ، وفى هذا المجال قد تتميز المجتمعات الأقل تقدماً من الناحية الاقتصادية عن المجتمعات التى يزيد تقدمها .

ويجب ملاحظة نقطة هامة – هي الضعف الاقتصادى الشديد للعائلة ذات الأطفال . وقد ذكر بفريدج Beveridge أن «العائلة ما زالت فى انجلترا أكبر سبب وحيد للفقر» ، وتلك حالة تنطبق على أى مكان بالعالم الغربى . وقد أدت هذه الملاحظة ، فى كثير من الدول ، إلى تقديم مساعدات مالية للعائلة ، وتلك خطوة حيوية فى الاتجاه الصحيح . ومع ذلك فلا بد من النظر فيما إذا كان يجب بذل بعض الخدمات الخاصة الكثيرة للأطفال الذين يقلون عن الخامسة أو الثالثة . فقد رأينا أنهم يمرون فى هذه السن بأكثر المراحل اعتماداً على الآخرين ، ويكونون أكثر قابلية للإصابة بالضرر من وجهة الصحة العقلية ، كما أن الأم التى لها أطفال صغار تكون أكثر تقيداً بأطفالها من الأم التى يصل أطفالها إلى سن المدرسة ، فالأخيرة تتمكن تماماً من العمل لبعض الوقت . وهنالك جدال شديد حول وجوب زيادة بذل المساعدة للعائلات التى بها أطفال فى هذه السنوات المبكرة من العمر ، ما دامت أم الأطفال الصغار لا تكون متفرغة للكسب أو على الأقل لا يجب أن تكون متفرغة له .

الارتقاء الطبى الاجتماعى :

هناك سبب آخر لبذل المساعدات الكافية للعائلة حسب حالتها ، هو أن الفقر ، بما ينتج عنه من إجهاد فى العمل وضعف التغذية ، يؤدى إلى اعتلال صحة الوالدين الجسمية والعقلية بدرجة أقل ، وذلك كما رأينا سبب عظيم لأن يصبح الأطفال محرومين . وحتى على الرغم من أن أسس الصحة الجيدة يمكن أن تُرسى فقط فى ظل نظام اجتماعى واقتصادى عادل لكل فرد ، فإن تقديم الخدمات لرعاية الصحة الشخصية شىء أساسى كذلك . ولا بد أن يكون لوالدى صغار الأطفال – وخاصة أمهاتهم – الأسبقية إذا ما أريد تجنب فشل العائلة .

ومن المناسب أن نقول كلمة خاصة هنا عن الحاجة إلى برامج بعيدة الأمد للمحافظة على الصحة العقلية . فما زال من الصعب حتى الآن وضع خطة لذلك نظراً لقلة الاتفاق حول الأسباب الأصلية لاعتلال الصحة العقلية . فمن المعروف منذ زمن بعيد أن حالات معينة نادرة نسبياً تنتقل بالعدوى ، وأن أخرى قليلة تورث ، أما الغالبية العظمى من الحالات فقد بقيت لغزاً ومصدراً للجدل . وتتغير هذه النظرة الآن كلما تجمعت الأدلة التى تشير إلى أن خبرة الطفل فى العائلة فى سنى حياته المبكرة عامل رئيسى لارتقائه الانفعالى الصحيح . ومن المعروف الآن أن العجز الشديد لدى الأشخاص الذين يعانون من المرض العقلى يتمثل فى عدم قدرتهم على إنشاء علاقات مع الآخرين والاحتفاظ بها على أساس الثقة ، والتعاون ، والصداقة . والقدرة على فعل ذلك شىء أساسى فى طبيعة الإنسان تماماً كالقدرة على الهضم أو النظر . وكما يعتبر عسر الهضم أو ضعف النظر علامات على اعتلال الصحة ، كذلك أصبح ينظر بنفس الطريقة إلى العجز عن إقامة علاقات إنسانية تعاونية بدرجة معقولة . ويتحدد نضج هذه القدرة إلى درجة كبيرة ، كما رأينا ، بنوع علاقة الطفل بوالديه فى سنى حياته الأولى ، ولذا يجب التركيز بوجه خاص على علاج المتاعب السيكولوجية فى الطفولة والوقاية منها .

ولا يعنى ذلك عملياً فقط علاج الأطفال ، ولكن تقديم المعونة الطبية العقلية للوالدين وخاصة من لهم أطفال صغار ، فهم الذين يستجيبون بسرعة غالباً . وما دامت الحاجة لهذه المعونة تزيد كثيراً عما يتوفر منها وما دمنا محتاجين إلى ترتيب لأسبقية من نميزهم بها — إذا كان علينا أن نستخدم المتوفر منها استخداماً معقولا — فالمكان الأسبق يجب أن يخصص للمرضى الذين لهم أهمية خاصة والذين يستجيبون بطريقة سريعة دائمة . ويعتقد هؤلاء الذين يتعاملون مع آباء صغار الأطفال وخاصة أمهاتهم أنه ليس هنالك عمل مثمر للمحافظة على الصحة العقلية أفضل من هذا .

وبالإضافة إلى ذلك ، تتطلب المحافظة على الصحة العقلية ووقايتها بذل المساعدة المبكرة المؤثرة للعائلات التى وقعت لتوها فى مشاكل ، بما فى ذلك تجنب إبعاد الطفل عن المنزل ، وأخيراً بذل أفضل معونة ممكنة للأطفال الذين لا يمكن لأى سبب أن يمكثوا فى المنزل . وبهذه الوسائل ، قد يمكن فى غضون جيلين أو ثلاثة ، مساعدة جميع الأولاد والبنات على أن يشبوا ليصبحوا رجالا ونساء يستطيعون بما هيئ لهم من الصحة والأمن الاقتصادى أن يهيئوا حياة أسرية سعيدة مستقرة لأطفالهم . ومن المأمول أن تعم الصحة العقلية بهذه الطريقة وأن يُتخلص من كثير جداً من العوامل التى تتسبب فى الوقت الحاضر فى حرمان الأطفال من رعاية الأمومة .

وعلى ذلك يبدو البرنامج بعيد الأمد للمحافظة على الصحة العقلية منحصراً فى بذل الرعاية الطبية العقلية للعائلات الفردية الكبيرة نوعاً .

ويتطلب برنامج وقاية العائلة من الإخفاق، كما هو معروف ، مجهوداً كبيراً كما أن ذلك الجزء منه الذى يتعلق أساساً بالخدمات الاجتماعية والنفسية ، مثل توجيه الزواج ، وتوجيه الأطفال ، والعمل مع آباء الأطفال الصغار جداً ، يتطلب عدداً كبيراً من الإخصائيين المهرة ، الذين يستغرق تدريبهم وقتاً طويلا ، ويحتاج إلى مال كثير . ولكن هذه الطريقة أرخص بكثير فى أغلب الأحوال وأكثر جدوى فى حل مشكلة الأطفال الذين لا منازل لهم من مجرد وضعهم فى دور للحضانة أو فى المؤسسات .

ومن المحتمل أن يتساءل البعض عن الدور الذى يقوم به الفنيون الذين لم يتلقوا تدريباً فى مجال الطب العقلى — كالأطباء والممرضون والأخصائيون الاجتماعيون وغيرهم . هل يستبعدوا من القيام بدور فيه؟ والإجابة على العكس بسيطة وواضحة : إذا درب جميع الأخصائيين فإنه يمكن فى هذه الحالة فقط أن يتم العمل بالدرجة المطلوبة . وقد أمكن الوصول إلى هذه المرحلة من الطب الوقائى فى البلدان الغربية التى تغلبت إلى حد كبير على الأمراض الناتجة عن

العدوى وسوء التغذية ، ومن ثم تفرغ أخصائيوا الصحة لبذل وقتهم وطاقتهم للصحة العقلية . ولكن قبل أن يكون عمل هؤلاء الأخصائيين مجدياً ، لا بد من إعادة تدريبهم على نطاق واسع ، وإحداث تغيرات عميقة فى وجهات نظرهم واتجاهاتهم . ولا يمكن تعلم أسس الطب النفسى وسبل وقاية الصحة العقلية ومزاولتها فى أسابيع أو حتى أشهر قليلة ، فهى ليست بأى حال أسهل من أسس الطب البدنى وسبل وقاية الصحة البدنية التى لا يتسنى تعلمها فى هذا الوقت . وما لم ندرك ونلمس بوضوح كمية التدريب وتغير الاتجاه المطلوبان فسوف يثبت فشل استخدام غير المتخصصين فى هذا العمل . ولابد لكل من يطمح إلى العمل فى هذا الميدان أن يصبح على دراية تامة بسيكولوجية العلاقات الإنسانية ، وإدراك للدوافع اللاشعورية وقدرة على تعديلها . مثل هذا الاتساع فى التدريب الفنى هو أهم ما نحتاج إليه اليوم للمحافظة على الصحة العقلية والإبقاء على العائلة .

الفصل العاشر

البنوة غير الشرعية والحرمان

لا ينظر إل الأطفال غير الشرعيين فى كل مكان بالدول الغربية كمجلبة للعار لأمهاتهم ، كما أنهم لا يصبحون إلى حد ما ضحايا هذا العار . فمثلا يرى فى بعض المجتمعات الغربية أنه من الحكمة أن يتأكد الرجل قبيل زواجه من أن زوجة المستقبل تستطيع أن تحمل له أطفالا كما أنه من المعتاد ، فى أماكن أخرى ، أن يعيش الناس سويا كرجل وزوجته دون طقوس زواج : وهنالك أيضاً جماعات من الناس (من الطبقات الفقيرة عادة) لا تلام الفتاة غير المتزوجة فيها على إنجاب طفل ، بل وتعولها أسرتها هى وطفلها .

ولا تظهر الإحصائيات الرسمية عن البنوة غير الشرعية أى فرق بين تلك الحالات التى قد تسمى بالأطفال غير الشرعيين « الذين يحظون بتقبل المجتمع » والذين لا يحرمون منذ ميلادهم من الحياة السوية ، وبين هؤلاء الذين يجعلهم ميلادهم بدون زواج فى خطر جسيم من أن ينشأوا أطفالا محرومين ، أى الأطفال غير الشرعيين الذين لا يتقبلهم المجتمع . ويهتم هذا الكتاب بالأطفال الذين فى ذلك الموقف الأخير فقط .

« شخصية آباء الأطفال غير الشرعيين ومحيطهم الأسرى » :

كان ينظر إلى حقيقة حمل بعض الفتيات سفاحاً ، حتى عهد قريب ، على أنه شيء حتمى الوقوع ملازم للطبيعة الإنسانية . وباستثناء التوجيه والنصح الخلقى ، لم يبذل سوى اهتمام ضئيل بالوقاية . وقد أوضحت بعض الدراسات التى أجريت فى أمريكا ، مع ذلك ، أن الفتاة التى تنجب طفلا غير شرعى لا يحظى بتقبل المجتمع تأتى من بيئة عائلية غير طيبة فى الغالب ، وتكون ذات

شخصية عصابية ، ويكون الطفل بمثابة عرض لمرضها النفسى .

وقد قامت إحدى الباحثات ، على سبيل المثال ، بدراسة لمائة أم غير متزوجة بين سن الثامنة عشر والأربعين كن ، على الرغم من تمثيلهن لاختلافات كبيرة فى الذكاء والتعليم والأوساط الاجتماعية والاقتصادية ، أعلى من المتوسط فى الذكاء . فوجدت أن ٤٨ فتاة كانت لهن أمهات متسلطات ونابذات لهن ، وكان لعشرين أخريات آباء متسلطون نابذون لهن ، وكانت علاقة الفتاة بالوالد المتسلط بمثابة « أرض للمعركة نشب عليها صراع كان الطفل جزءاً متكاملا منه » . ولم يكن أقل من ٤٣ فتاة من المائة قد تربت فى أسر متصدعة (وتلك نتيجة أدت إليها دراسة تورونتو Toronto التى اكتشفت ٣٠ أسرة متصدعة فى تاريخ ٥٧ أما غير متزوجة ، وعشراً أخريات ذات آباء فى شقاق دائم) ، وقد شبت جميع الفتيات موضوع دراسة هذا البحث ولديهن :

(مشاكل جوهرية فى علاقاتهن بغيرهن من الناس . فلم يستطع بعض منهن أن يداومن بنجاح حتى على اتصالات سطحية ، ونجحت أخريات مع المعارف والأصدقاء العابرين ، ولكنهن كن غير قادرات على الدخول فى علاقة وثيقة أو حميمة مع أى شخص . . . وقد تبعتهن المشاكل فى أعمالهن وكانت قليلات منهن قادرات على استغلال أكثر من قسط بسيط من ذكائهن أو قدرتهن الفطرية . . . ، وقد كانت كل تلك الفتيات التعسات مدفوعات بحاجات لاشعورية ، يبحثن دون ما تبصر عن مخرج لهذه المشاكل الانفعالية متمثلا فى أنجابهن لطفل بدون زواج . وليس من الغريب ألا يجد أحد بينهن أى فتاة تهتم اهتماماً أصيلا بوالد طفلها أو تكون سعيدة معه ،) .

ولم تكن لدى إحدى هؤلاء الفتيات ، من الوجهة الفعلية ، إباحية فى علاقاتها الجنسية ، ولم يكن لسوى الربع منهن أكثر من مجرد علاقة عابرة بوالد الطفل . وقد بدت لدى جميعهن رغبة لاشعورية قوية فى أن يصبحن حاملات ، مدفوعات أحيانا بالحاجة إلى أن يكون لهن موضوع حب لم يكن لهن على الإطلاق

وأحياناً بالرغبة فى استغلال عار الطفل كسلاح ضد آبائهن المتسلطين . ومما يستحق الذكر أن جماعة كبيرة منهن أصررن بشدة وبشكل غير معقول على أن ترعى أمهاتهن الطفل ، مهما كانت اعتراضاتهن . وإلى جوار الحاجة إلى استغلال الطفل كسلاح ضد الآباء توجد الحاجة إلى استغلاله كسلاح ضد أنفسهن — وتلك رغبة عميقة متأصلة لتوقيع العقاب على أنفسهن ، تكون أحياناً متسلطة جداً ومستبدة نتيجة لمشاعر عميقة بالإثم .

وعلى الرغم من أنه من المستحيل معرفة مدى انطباق هذه النتائج على ما يتوقع لها فإن كثيراً من الأخصائيين الاجتماعيين ذوى المعرفة والخبرة الطبية العقلية بهذه المشكلة يرون أن كثيرات من الفتيات اللائى يصبحن أمهات غير متزوجات عصابيات أصلا ولا يصبحن كذلك بمحض الصدفة . وفى حالات أخرى تكون الفتيات سيئات التوافق أو لديهن نقص مزمن . فمثلا توصف ٢٥ أما غير متزوجة من بين ٩٣ كان لهن أطفال فى دور رعاية الدكتور « برناردو» بأنهن ضعيفات الخلق وكن بلا شك إباحيات جنسياً ، كما وجد أن عشراً أخريات كن غبيات ومتأخرات وضعيفات العقل أو مصابات بالجنون ولم تتوفر تفصيلات تتعلق بالباقيات، إلا أن البعض كن بلا شك شبيهات فى الطباع بمن سبق وصفهن .

أما شخصية الأب غير المتزوج ، فنادراً ما تدرس ، ولا يعرف عنه الكثير . ويرى الأخصائيون الاجتماعيون ذوى الخبرة أن كثيراً منهم لا يتسمون بالثبات ، ويعدون فى الغالب بالزواج دون إحساس بالمسئولية . وبمقارنتهم بالأم غير المتزوجة نجد أنهم يكونون غالباً أكثر منها إباحية فى سلوكهم الجنسى ، كما أنهم يوقعون كثيراً من الفتيات فى المشاكل خلال وقت قصير . وقد درست سيكولوجية الرجال معتادى السلوك الجنسى الشائع من أجل الوقاية من الأمراض التناسلية . واستنتج أحد الأطباء النفسيين، بعد دراسة مائتى جندى يعانون من هذا المرض ، وجماعة مقارنة تعدادها ٨٦١ أن :

(الصورة الكلية التى تبدو هى أن المصابين بالأمراض التناسلية يكونون غالباً غير ناضجين انفعاليا وجنسيا واجتماعيا ، بينما يكونون قد وصلوا إلى النضج الكامل من الناحية الفيزيقية والعقلية) .

ويضع هذا الأخصائى ضمن العوامل التى تؤدى إلى الإباحية الجنسية الحاجة إلى المحبة ، والمواقف التى تستثير القلق ، والمواقف التى تستثير الحنق . وهو لا يرى أن لزيادة قوة العزيزة الجنسية أهمية كبيرة .

وإذا حاولنا فهم أصول تلك الشخصيات غير الناضجة وغير المستقرة ، التى يجلب سلوكها المضاد للمجتمع كثيراً من التعاسة فى طريقه ، فسوف نجد أننا نرجع ، كما هى الحال بالنسبة لكثير من الأمهات غير المتزوجات ، إلى طفولتهم وعلاقاتهم بآبائهم الأصليين . وفى دراسة عن ٢٥٥ رجلا إباحياً أكتشف أن ٦٠٪ قد أتوا من أسر تصدعت نتيجة للموت أو الفرقة أو الطلاق ، وكان عمر الطفل فى المتوسط حين تصدعت الأسرة ٦ سنوات .

(لم يكن من النادر بين المرضى الذين تصدعت أسرهم أن يكون المريض قد وضع فى مدارس داخلية أو دور للتبنى ، أو فى مؤسسات أو فى منازل الأقارب . وقد مر عدد من المرضى بسلسلة من هذه الدور. ولم يحظ بعض المرضى برعاية أى من الوالدين منذ مولدهم أو بعده بوقت قصير . وقد ولد بعض هؤلاء دون زواج . وفى حالات أخرى حدث أن تزوج أحد الوالدين أو كلاهما مرة ثانية وتربى المرضى فى أسر بها زوجة للأب أو زوج للأم . وقد ذكر المرضى أنهم لاقوا صعوبات فى التوافق للتغيرات المتتالية فى نمط العائلة . وغالباً ما كان عدم الاستمرار فى تدريب المرضى وهم أطفال وتعويدهم على النظام يرجع إلى الانتقال الدائم من رعاية أحد الوالدين إلى رعاية الآخر . . . وكان المرضى أكثر تعرضاً لضروب الصراع فى الحالات التى كانت فيها حياة العائلة غير مستقرة، ولقى فيها المريض الرعاية من شخص ما ثم انتقل إلى رعاية آخر) .

وقد أيدت هذه الصورة أدلة أخرى .

تبين مثل هذه الدراسات التمهيدية إلى حد كبير كيف أن الرجال والنساء المضطرين انفعالياً ، فى المجتمع الغربى ، ينجبون أطفالا غير شرعيين من نوع لا يحظى بالتقبل الاجتماعى . زد على ذلك أن هذه الدراسات تلقى مزيداً من الضوء على العملية الاجتماعية التى سبق لنا أن أكدنا بأنها تؤدى إلى أطفال ينشأون وهم محرومون من رعاية الأم — أى العملية التى يصبح بها جيل من الأطفال المحرومين آباء لجيل آخر من الأطفال المحرومين .

رعاية اللقطاء :

هنالك طريقتان لتناول مشكلة وقاية الطفل اللقيط من أن يصبح فى حاجة إلى تلقى الرعاية بعيداً عن المنزل هما منع الحمل به ، وتصميم خطط معقولة لرعايته متى حدث ذلك . ولكن كيف يتسنى خفض معدل ولادة اللقطاء غير المرغوب فيهم اجتماعياً مسألة تحتاج إلى وسائل بعيدة المدى للمحافظة على الصحة العقلية . وحتى يتم ذلك يبدو أنه من المحتمل أن تواجه المجتمعات الغربية لعدة سنوات مقبلة مشكلة الوسيلة التى تتبع لتهيئة أفضل رعاية لمثل هؤلاء الأطفال . ومع أنه من الواضح أن أكثر الوسائل فاعلية فى هذه المشكلة ، كما هى الحال بالنسبة لجميع المشاكل ، تتيسر فقط إذا توفر الفهم والمعرفة الحقيقيان ، إلا أن نقص الدراسات عن كيفية تهيئة أفضل رعاية للقطاء يعتبر شيئاً جلياً .

وتتجه السياسة فى كثير من بلدان أوربا ، مثل نذرلاند والسويد والمملكة المتحدة ، إلى جعل الأم غير المتزوجة تحتفظ بطفلها . فمثلا نجد فى منشور دورى لوزارة الصحة البريطانية أن واجبات الأخصائى الاجتماعى فى مساعدة الأم غير المتزوجة هى أولا « التأثير على الفتاة لتحيط والديها علماً بظروفها حينما يتيسر ذلك . وإذا كان المنزل مُرضيا ، استمالة الجدين لإفساح مكان للطفل الصغير » ، وأن يستمر فى عمله على أساس اعتبار حلول أخرى مثل الإلحاق

بأماكن الإقامة من دور الحضانة اليومية ، ودور التبنى أو دور الحضانة الدائمة ، وأن ينصح بالتبنى الشرعى فى حالات خاصة ، كأن تكون الأم صغيرة جداً أو زوجة لرجل غير والد الطفل . وليس التبنى شرعيا فى نذرلاند . وحتى الآن ليس من الميسور الحصول فى هذه البلدان على دراسات عن كيفية المعيشة الفعلية للطفل اللقيط غير المتبنى . إلا أننا نجد مع ذلك أن تقارير كتلك التى كتبها أخصائى الصحة الطبية بويلسدن تلقى ضوءاً ساطعاً على حياة هؤلاء الأطفال . فهو يكتب عن الحياة المضطربة دائمة التغير لأطفال دور التبنى قائلا :

(إن غالبية الأطفال الذين فى دور التبنى من اللقطاء . وغالباً ما تكون أمهاتهم مشتغلات وقد يعملن حتى قبيل الولادة بشهر . وخلال هذا الشهر الأخير حين يكن بدون عمل لا بد أن ينفقن على أنفسهن وأن يهيئن شيئاً للطفل . وهن يلدن عموماً فى إحدى المستشفيات . و بعد انقضاء عشرة أيام أو أسبوعين يخرجن منها . ولا يكون قد بقى لديهن نقود ، ولا يكون لهن مكان يقصدن إليه . ويعوقهن الطفل . ويكون من المهم أن يحصلن على عمل على التو . ويبدو أن ما يحدث غالباً هو أن تجد مثل هذه الأم امرأة ما ، تأخذ منها الطفل ريثما تبحث عن عمل ، مدفوعة بالشفقة أو آملة فى مال تحصل عليه من الأم فيما بعد . وقد يلقى الطفل أو لا يلقى رعاية طيبة ، وعلى أية حال فإن الأم لا تستقصى فى الغالب عن ذلك جيداً فى مثل هذه الظروف . فهى تكون سعيدة إذ تجد أى شخص يأخذ منها الطفل . فإذا ما حصلت على عمل ، ودفعت للمرأة ، فقد يمكث الطفل معها زمناً ، ولكن إذا كان ما تدفعه من نقود ضئيلا غير منتظم ، فقد ينتقل الطفل من امرأة إلى أخرى ، دون أن يحظى بأى استقرار فى الحياة على الإطلاق) .

وليس هناك ما يدعو إلى افتراض أن الموقف قد تغير عن ذلك فى بريطانيا خلال السنوات العشر الماضية . وقد قامت إحدى الجمعيات المهتمة برعاية الأمهات غير المتزوجات بلندن بعمل تقرير عن مصير ما يزيد على ١٠٠٠ طفل لقيط بين عام ١٩٤٩ ، ١٩٥٠ يتبين منه أن ٢٢٪ منهم قد أودعوا بعد الميلاد مباشرة فى دور دائمة للحضانة أو مع آباء حاضنين ، ولم يتبن منهم سوى ١٧٪ فقط . أما جميع الباقين فكانوا يعيشون مع أمهاتهم غير المتزوجات

ولكن كثيراً من هؤلاء الأطفال سوف يجدون طريقهم إن آجلا أو عاجلا إلى دور التبنى أو دور الحضانة . وذلك ما قررته أيضاً جمعية أخرى بلندن تسير على سياسة تشجيع الأمهات غير المتزوجات فى جميع الحالات المناسبة على الاحتفاظ بأطفالهن ، وتعطى الأمهات ، عند الضرورة ، معونة مالية أو غيرها لتمكنهن من ذلك . وترى هذه الجمعية أنه يجب مواجهة حقيقة أن نقص أماكن الإقامة يزيد من الصعوبة التى تواجهها الأم غير المتزوجة فى أن تحتفظ بطفلها معها دائماً منذ ميلاده ، ولذلك فمن المحتمل جداً أن تترك الأم الطفل ليتبنى أو يوضع فى دار دائمة للحضانة خلال فترة ليست بالقصيرة من طفولته.

وإن عدم وجود إحصائيات كافية فى أى من دول غربى أوربا لدليل على إهمالها لهذه المشكلة ، بينما توضح مثل هذه المعلومات حين يمكن الحصول عليها أنه فى بعض الدول على الأقل تنشأ نسبة كبيرة من اللقطاء ، ربما أكثر من النصف فى ظل الترتيبات غير المنظمة الحالية وهم يعانون من درجة من الحرمان من الأمومة ، كما ينشأون على طباع تساعد على المزيد من صنفهم . ومع أن لدى الناس ميلا للإفصاح عن وجهات نظر قوية لصالح الأمهات غير المتزوجات إلا أن الجمهور لا يبدى سوى اهتماماً ضئيلا بمعرفة ما يحدث لهن فعلا كما هو الحال بالنسبة لأطفالهن ما دمنا لا نجد دراسة عن ذلك فى أى دولة بغربى أوربا .

ولكن الصورة تختلف عن ذلك كثيراً فى كندا والولايات المتحدة . ففى العشر سنوات الأخيرة أجريت دراسات قليلة عما يحدث فعلا للقطاء غير المتبنين . وقد نشرت فى عام ١٩٤٣ دراسة عن تاريخ وتوافق أطفال لقطاء عمرهم أربعة عشر وخمسة عشر عاماً ، ظلوا مع أمهاتهم أو أقاربهم فى تورنتو Toronto . وقد وجد أنه من بين الـ ٩٢ طفلا موضوع الدراسة (٤٩ صبياً و٤٣ فتاة) ، ظل ٢٥ فقط مع نفس جماعة العائلة منذ الميلاد ، إلا أن تسعة عشر آخرين صحبوا أمهاتهم خلال ظروف مختلفة متقلبة . أما الـ ٤٨ الباقين (٥٢٪) فقد

تغيرت صورة أمهاتهم مرتين أو ثلاث مرات أو أكثر . وتمضى الدراسة إلى أبعد من هذا فتبين أولا أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال (٤٧٪) تبدو عليهم علامات سوء التوافق ، وثانياً أن سوء التوافق هذا يرتبط بخبراتهم . وقد وجد على وجه الخصوص أنه كلما استقر وضع الطفل مبكراً ، كلما كان ذلك أفضل، وتلك نتيجة تدعو إلى الدهشة حقاً . وقد اتخذ سوء التوافق عند ٢١ حالة (١٧ صبياً ، ٤ فتيات) شكل الجناح ، الذى كان يتبدى عادة فى السرقة والهروب من المدرسة . وقد هربت فتاة فى الخامسة عشرة من عمرها وحملت سفاحا — وذلك مثل آخر على الدائرة المفرغة التى يعيد فيها المحرومون إنتاج أنفسهم . ترى كم من العشرين جانحا الآخرين — الذين يمثلون حوالى ربع الجماعة كلها — سوف يشبون لينجبوا أطفالا لقطاء أو محرومين ؟

وينكر التقرير أن الأسر التى أتى منها الجانحون كانت — باستثناءات طفيفة — غير مستقرة وتعسة . « أخذ الأطفال من أسر كانوا سعداء فيها وكانوا يظنون أنهم ينتمون إلى أسر ليس مرغوباً فى بقائهم بها . وكان آخرون مرفوضين فعلا منذ مولدهم من الناس الذين عاشوا معهم » . نجد هنا إذا دليلا آخر ، إذا كنا ما نزال بحاجة إلى أدلة ، على أن الحرمان يسبب سوء التوافق والجناح .

وتكشف دراسة تورونتو عن مجموعة من الحالات المؤسفة التى يعتقد مؤلفوها أنها ترجع إلى السياسة المتبعة فى الجمعيات التى تنصح هؤلاء الأمهات غير المتزوجات — وقت مولد أطفالهن — بأن الأم الغير متزوجة يجب أن ترعى طفلها بنفسها . وكان من الواضح أن هذه السياسة الجامدة قد طغت ، إلى حد كبير ، على كثير من الأمهات مما جعل بعضهن يتشبثن بأطفالهن حتى عندما علمن أن المستقبل قد أتاح لهن فرصة ضئيلة للحياة المرضية ، وفرصة ضئيلة لنمو أطفالهن نموا سوياً . وثارت أخريات بسرعة على نظم الجمعيات وتخلصن من أطفالهن بأفضل طريقة استطعن إليها سبيلا . وفى حالات أخرى أجبر والدا الأم أو استحثا أو شجعا على تهيئة مكان للطفل ، على الرغم من أن العلاقة بين

الأم ووالديها كانت غير سعيدة منذ زمن بعيد ، مما نتج عنه أن أصبح الطفل سبباً فى احتكاكات جديدة . ومن الطبيعى ، أنه كانت هنالك حالات نجحت فيها الأم أو والداها فى إعداد ترتيبات رعاية الطفل ، ولكن يبدو أن هذا لم يحدث إلا عند ما كانت الأم تتسم بالثبات وكانت على علاقات طيبة بوالديها أو مغرمة بطفلها ووالده . وتلك ظروف ليست كثيرة الشيوع .

وقد درس أخصائى بنيويورك ، قبل ذلك بزمن وجيز ، ثلاثين أما أودعن أطفالهن غير الشرعيين فى مؤسسة ريثما يصلن إلى قرار أخير ، ووصل إلى نتيجة مشابهة . فمن بين الثلاثين طفلا ، أخذ ثمانية فقط إلى المنزل نهائياً بواسطة أمهاتهم ، وتبنى أربعة ، وبعد انقضاء ثلاث سنوات ظل خمسة عشر فى المؤسسة أو فى دور التبنى . وقد كان من المحتمل إمكان التنبؤ بهذا المآل بدقة منذ وقت ميلاد الطفل ، فلا يحتمل أن تأخذ الأم الطفل إلى المنزل إلا إذا توفرت أربعة من الشروط الآتية على الأقل : أن تتسم بثبات الشخصية ، وأن تتخذ اتجاهاً واقعيا نحو المشكلة ، وأن تكون محبة ومتقبلة للطفل ، وأن تكون حقيقة مهتمة بمن هو مفروض أن يكون والد الطفل ، وأن تكون لها عائلة لا تصر على التخلص من الطفل . ولا يحتمل أن تتوافر مثل هذه الشروط سوى فى القليل من الحالات فقط .

أما هذه الفئة من الأطفال التى لا تتنحى عنهم أمهاتهم ولا يتحملن مسئوليتهم فقد كتب عنهم أحد الأخصائيين الاجتماعيين ذوى الخبرة والمران يقول :

(يستمر الطفل فى مؤسسة أو دار للتبنى ، والأغلب أن يمر فى سلسلة من دور التبنى ، وذلك مثل مؤسف للطفل الذى لا يخص أحداً . وتزوره الأم لماما . وقد تحضر له الهدايا . ونادراً ما تدفع القليل من تكاليف إقامته . وعند ما تسأل عنه فإنها تكرر دائماً أنها سوف تأخذه يوماً ما ، ولكن لا يبدو أن يوماً ما هذا سوف يأتى ، وعند ما يأتى الوقت الذى تقتنع فيه الجمعية بالحاجة إلى ضرورة تسليم الطفل ، يكون قد كبر عن السن الذى يستحق فيه أن يوضع للتبنى بسهولة) .

ويورد كتيباً نشره مكتب الأطفال بقسم العمل بالولايات المتحدة هذه الصورة :

(طفل فى العاشرة من عمره ، كان مضطرباً يبدو عليه الارتباك ولديه كثير من مشاكل السلوك . كان قد تنقل فى معيشته بين عشرين داراً للتبنى . وكانت أمه وقت ميلاده فتاة وديعة مستسلمة وافقت على فلسفة دار الأمومة بأنه يجب عليها الاحتفاظ بطفلها . ورفض والداها أن يدعاها تعيش فى المنزل إذا احتفظت به ، وذهبت لتعمل فى أحد المحلات ، وكانت تدفع نفقات الطفل بانتظام ، وتزوره فى دار التبنى مرة كل أسبوعين . ولكنها توقفت تدريجياً عن الدفع ، وحاولت مرتين أن تنتحر . فربما لم تكن الخطة الأصلية مناسبة لها ولطفلها ، أو لم تبذل للأم المساعدة الكافية حسب حالتها لكى تسير حسب الخطة المرسومة) .

ونتيجة لما لوحظ عن تاريخ حالات كهذه ، تغيرت السياسة التقدمية فى الولايات المتحدة فيما يختص باللقطاء تغيراً عميقاً فى العشر سنوات الماضية ، ووضعت الخطة لزيادة فرص التبنى . وأصبح الأخصائيون الاجتماعيون يدركون الآن أن مهمتهم هى مساعدة الأم غير المتزوجة على مجابهة الموقف الحقيقى الذى أمامها ، والذى يكون فى الغالب موقف فتاة غير ناضجة ، على علاقات سيئة بعائلتها ، ليس لها سند مالى وعليها أن تقوم ، مع مساعدة قليلة أو بدون مساعدة ، برعاية طفل لديها نحوه مزيج من المشاعر لمدة سنوات كثيرة . فإذا ما كان هذا هو الموقف الحقيقى فعلا ، وبسطه أمامها بشكل عطوف شخص اعتادت الثقة به ، فإن كثيراً من الفتيات يدركن أنه ليس من صالحهن أو صالح الطفل أن يحاولن القيام برعايته ، وبذلك يصبحن على استعداد لتركه للتبنى . وقد أصبح الأخصائيون الاجتماعيون بأمريكا ينتقدون أنفسهم لميلهم السابق إلى تجنب مسئولية وضع خطة طويلة الأمد ، ولتشجيعهم الأعمى للأم غير المتزوجة على القيام بالمسئولية بنفسها . والحقيقة أن هذا ما تفعله الجمعيات الأهلية والهيئات العامة عندما تتلقى أطفالا لقطاء لرعايتهم دون التأكد من أن الأمهات إما قد وضعن خططاً مستقبلة لتهيئة رعاية الطفل

بأنفسهن ، أو أنهن يسمحن للآخرين بالقيام بذلك — عن طريق المتبنى .
ولا يترك القانون فى بريطانيا للسلطات الخيار سوى فى أن تسمح للأم بأن تتخذ قراراً ، ذلك لأنه يجبر هذه السلطات على رعاية الطفل بينما يسمح تماماً فى نفس الوقت للأم أن ترفض السماح بالتبنى . والواقع أن الذين يسنون قوانين من هذا النوع إنما يضعون فى المكان الأول من اعتبارهم حق الآباء فى امتلاك الطفل ولا يضعون رفاهية الطفل إلا فى المكان الثانى .

ولسوء الحظ ، أنه بدلا من النظر ببساطة إلى ما هو أصلح للطفل ، وما هو أصلح للأم ، نجد أن الأخصائيين من جميع الفئات تسيطر عليهم فى الغالب اتجاهات عقابية أو عاطفية نحو الأم الخاطئة . وقد اتخذ الاتجاه العقابى فى وقت ما صورة نزع الطفل من أمه كعقاب على رذائلها . أما اليوم فإنه يبدو أن هذا الاتجاه العقابى يؤدى إلى الناحية المقابلة ويصر على أن الأم يجب أن تتحمل مسئولية رعاية من لم تكن شاعرة بالمسئولية عند إنجابه . وبنفس الطريقة يمكن أن تؤدى العاطفية إلى النتيجة ذاتها . وبالتخلص فقط من هذه الاتجاهات غير المنطقية والاستعداد لدراسة المشكلة من جديد يمكن وضع مجموعة من الأسس والمبادئ الفعالة لتناولها . ويستلزم الأمر فى كثير من الدول الإسراع فى عمل دراسات عن حقيقة ما يحدث للأطفال اللقطاء فى يومنا هذا — كم منهم تتحقق له حياة منزلية طيبة مع أمهاتهم أو الأقارب المباشرين ، وكم منهم يستمر وجوده فى دور التبنى أو المؤسسات ، وكم منهم يتبنى ، وما هى النتيجة . زد على ذلك أنه يلزم دراسة ارتقاء الأم غير المتزوجة وإيجاد وسائل لمساعدتها على تجنب مثل هذه الورطات فى المستقبل وتحقيق طريقة أفضل للحياة . وربما ساعدها التشجيع ، فى بعض الحالات ، على تحمل مسئولية طفلها فى أن تصبح مواطنة مسئولة ، ولكن العمل على أساس افتراض أن تلك هى الحال دائماً ، لا يكون فقط غير عملى ، ولكننا نخلى أنفسنا من المسئولية إن اتبعنا ذلك . إذ أنه من الخطورة بمكان أن يحكم على طفل بأن ينتقل بين

عدد لا نهائى من دور التبنى أو أن ينشأ فى مؤسسة بينما تكون هناك كشوف عريضة مليئة بأسماء آباء مناسبين ينتظرون ولديهم الرغبة فى تبنى أطفال .

وما زالت معظم الأمم للآن تفضل أن تتناسى وجود الأطفال غير الشرعيين ، أو لا تبذل لهم — إن فعلت ذلك — سوى مساعدة أقل مما ينبغى أو تبذلها متأخرة جداً . ولكن إذا أراد مجتمع أن يستأصل مصدر الأطفال المحرومين ، فيجب أن يكون عملياً بدرجة أكبر فى تناوله للمشكلة ، وذلك بان يقدم كلا من المساعدة الاقتصادية والسيكولوجية للأم غير المتزوجة لإعانتها على رعاية طفلها أو يقدم خدمات فنية لتهيئة تبنى أولئك الأطفال الذين لا يمكن رعايتهم بهذه الطريقة .

الفصل الحادى عشر

الأسر البديلة ـ ١ ـ التبنى

إن التناقض الرئيسى فى معالجة مشكلة الأطفال المحرومين هو أن هنالك آلافا من الأسر التى لم ترزق أطفالا تتحرق شوقاً للأطفال ومئات من الدور مليئة بالأطفال المحرومين الذين يتوقون إلى حياة عائلية . ويحدث هذا الموقف، الذى وصف بدقة فى التقرير السنوى لأخصائيى الأطفال بأحد المراكز البريطانية، فى كثير من البلدان الغربية . وحتى الآن لم يجر سوى عدد قليل جداً من الدراسات الجدية عن مشاكل التبنى ، إلا أن الاعتراف يزداد بأنها عملية تتطلب فهما علمياً ومهارة مهنية . وغالباً مالا يكون مستقبل الطفل موضوع اهتمام سوى هاوٍ طيب القلبَ أو زائر صحى لا يضع فى اعتباره إلا الصحة البدنية فقط . ومرة أخرة تتضح لنا هنا ندرة الدراسات العلمية عن الموضوع .

وتخص عملية التبنى ثلاثة أفراد: الأم ، والطفل (الذى يكون غير شرعى فى الغالب) ، والآباء الراغبون فى التبنى . ويجب أن يتخذ مع كل منهم عمل فنى معين. فيجب أولا أن تبذل المعونة للأم لمساعدتها على الوصول إلى قرار حكيم، ويحتاج ذلك إلى مهارة فى إقامة علاقة معها تعتمد على الثقة ، وفى تفهم شخصيتها وموقفها الاجتماعى وفى مساعدتها على مواجهة الحقائق المرة بطريقة بنائية . ويجب ثانياً أن تكون لدى الأخصائى القدرة على التنبؤ بما يحتمل أن تصبح عليه حالة الطفل فيما بعد ـ وليس ذلك عمل سهل بل محفوف بكثير من الآراء التى لا أساس لها . وأخيراً فلا بد أن توجد القدرة على التنبؤ بكيفية رعاية الزوجين للأطفال ـ دون أن تكون هنالك فى الغالب أية معلومات عن

طاقتهم على ذلك ومساعدتهم فى عمليات التوافق الأولى . وتلك أعمال ليست بالهينة . وزيادة على ذلك فلا بد أن تتم بسرعة معقولة ما دام جميع الخبراء متفقين على أن الطفل يجب أن يتبنى فى وقت مبكر من حياته بقدر المستطاع .

وتشير الأدلة الواردة فى هذا الكتاب والتى لا تحتمل الخطأ إلى أنه من صالح صحة الطفل المتبنى العقلية أن يتبنى بعد الميلاد مباشرة . فهذا هو الأجراء الوحيد الذى يتيح استمرار رعاية الأمومة بينما تفشل معظم الاجراءات الأخرى حتى فى ضمان توفر أى قدر من هذه العلاقة . فإذا بقى الطفل مع أمه قد يكون محتملا أن تهمله وتنبذه ، وأما إذا وضع لفترات قصيرة فى دار للحضانة أو دار للتبنى تابع لاحدى الجمعيات فإن ارتقاءه سوف يضطرب إلى درجة ما . وليس هناك ما هو أكثر سوءا من أن يقبل والدان من مستوى طيب تبنى طفل أدت خبراته الأولى إلى نمو شخصيته مضطربة لا يتسنى بعد ذلك تقويمها مهما كان السبيل إلى ذلك . وعلى هذا فمن الواضح أن التبنى المبكر جداً من صالح الوالدين المتبنيين أيضاً وزيادة على ذلك فإنه كلما كان تبنى الوالدان للطفل بعد ميلاده بوقت قصير ، كلما ازداد شعورهما بأنه طفلهما الخاص ، وكان من الأيسر عليهما أن يوحدا نفسيهما بشخصيته . وعندئذ تتاح للعلاقات الطيبة أفضل فرصة للنشوء .

والحجج التى تساق ضد التبنى المبكر جداً ثلاث :—

(ا) أنه يحتاج إلى قرار من الأم قد يكون متسرعاً فيه .

(ب) لا يمكن للطفل أن يتغذى من الثدى .

(ح) تكون هناك فرصة أقل للحكم على النمو المحتمل للطفل .

والحجة الأولى هى أكثرها أهمية . فمن الواضح أنه من المهم جدا لا أن تصل الأم إلى القرار الصحيح فقط ، ولكن أن تصل إليه بشكل يتركها تقنعه بأنها قد اتخذت قرارها بحكمة . وقد يستغرق ذلك وقتاً ، إلا أنه لا فائدة ترجى من مد الفترة التى بدون قرار إلى ما لا نهاية . وإذا طلبت الأم تهيئة الرعاية

لطفلها مبكراً ، فإنه يصبح من الممكن لدارس الحالة المتمرن أن يساعدها على الوصول إلى قرار إما قبل أن يولد الطفل أو بعد ميلاده مباشرة ، ما دامت معظم العوامل الهامة (مثل ثبات الشخصية ، والاتجاه نحو المشكلة ، والاتجاه نحو الوالد) تكون واضحة فى حياتها قبل ميلاد الطفل . أما إذا كانت كل هذه العوامل عكسية فإن ميلاد الطفل لن يغير منها شيئاً ، ويكون الاحتمال ضئيلا فى أن تنجح الأم فى رعاية الطفل . ومما لا شك فيه أن المزيد من المعرفة والمهارة والإدراك من جانب دارس الحالات يمكن أن يؤدى إلى قرارات حكيمة ومرضية انفعاليا، تتخذ مبكراً نوعاً فى نسبة كبيرة من الحالات .

وزيادة على ذلك فإنه من الأفضل لصالح الأم أن تتخذ قرارها بالاحتفاظ بالطفل أو الانفصال عنه فى وقت مبكر . فما لم يكن من الواضح أنها سوف تكون قادرة على رعاية الطفل ، فليس من الحكمة السماح لها بأن تظل مرتبطة به ، لأن الانفصال عنه حينما تضطر إلى ذلك ، سيكون أكثر إيلاما لها . وتقرر بعض الأمهات غير المتزوجات، بعد تفكير عميق، أنهن يفضلن ألا يرين أطفالهن ، وذلك قرار خليق بأن يحترم . ولا يمكن أن يكون للسياسات الجامدة — التى ترى أن جميع الأمهات غير المتزوجات لا بد أن يقمن برعاية أطفالهن لمدة ثلاثة أشهر أوسته ، ولا بد أن يطعمنهم من أثدائهن — مكان فى خطط مساعدة الأطفال غير الشرعيين وأمهاتهم غير المتزوجات على الحياة حياة سعيدة ونافعة .

ومن الطبيعى أن الحجة ضد التبنى المبكر لا تقوم إلا إذا كان من الممكن تغذية الطفل من الثدى ويكون فى التبنى تعطيل التغذية عن طريق الثدى ، ما دامت المشكلة لا تنشأ إذا كانت الأم غير راغبة فى تغذية الطفل أو إذا كان سيوضع فى دار للحضانة أو دار للتبنى . وإذا كان التبنى المبكر يعنى حقيقة حرمان الطفل من التغذية الطبيعية فإن ذلك يكون شيئاً خطيراً بالطبع . وحتى فى هذه الحالة ، فإننا نحتاج للوصول إلى قرار صحيح بخصوص أفضل سن يتبنى فيه

الطفل إلى الموازنة بين مجموعتين من المضار الطبية . ولا يمكن الوصول إلى قرار سديد إلا إذا صممت بحوث أكثر عن الآثار السيئة لكل من المجموعتين . وليس من الحكمة مع ذلك افتراض أن التغذية عن طريق الثدى والتبنى المتأخر أفضل لمستقبل رفاهية الطفل من التبنى المبكر والتغذية الصناعية الطبية .

والحجة الثالثة ضد التبنى المبكر — والتى تذهب إلى أنه يقلل من فرصة التنبؤ بتطور الطفل — يتذرع بها السيكولوجيون عادة ، ولكنها أوهى الثلاثة . فهى تقوم على افتراض أن أنواع اختبارات النمو المختلفة التى يمكن تطبيقها فى السنة الأولى من الحياة تستطيع أن تتنبأ حقيقة بارتقاء الطفل العقلى فيما بعد . وقد بينت إحدى البحوث المستفيضة أن الأمر ليس كذلك . فاختبارات تطور الطفل خلال الثمانية عشر شهرا الأولى من عمره لا تعطى دليلا يستحق الثقة عن قدرته فى سن الدراسة . وليس الأمر كذلك فقط ، ولكن هناك ، كما وجد ، خطر بليغ من أن حفظ الطفل فى دار للحضانة انتظاراً للتبنى على اعتقاد أنه يمكن خلال أشهر قليلة عمل تنبؤ دقيق قد يعرقل ارتقاءه ، مما يؤخذ بعد بعد ذلك كدليل على أن الطفل متخلف بطبيعته . ومن ثم ينشأ الموقف المتناقض الذى يؤدى فيه الحذر الخادع فى الإعداد للتبنى إلى خلق طفل يبدو بادئ الأمر أنه ملائم للتبنى بينما هو غير ملائم له ويستمر على هذا النحو بعد ذلك .

ومن المحتمل أن يكون أفضل دليل على ذكاء الطفل ذكاء الوالدين ، على الرغم من أن ذلك لا يمكن ، لعدة أسباب ، أن يكون أكثر من مجرد دليل تقريبي غير دقيق ، ويجب أن يكون لدى الوالدين المتبنين الاستعداد لأن يقوما بمخاطرة عادية ، شأنهما فى ذلك شأن الوالدين الأصليين .

وعلى ذلك ، نرى أن الحجج المساقة ضد التبنى المبكر أقل كثير جداً فى قوتها عما تبدو للوهلة الأولى . ومن وجهة النظر الطبية العقلية يجب أن يكون التبنى فى أول شهرين من الحياة هو القاعدة ، على الرغم من أنه يلزم دائماً بعض المرونة لكى تتاح للأمهات الفرصة للوصول إلى قرار مرض . وإذا لم تقم الأم برعاية

الطفل خلال فترة الانتظار فمن الأفضل له أن يتلقى الرعاية فى دار مؤقتة للتبنى من أن يتلقاها فى مؤسسة للحضانة .

إن الحكم على طفل بأنه غير صالح للتبنى يعنى عادة الحكم عليه بطفولة مليئة بالحرمان و بحياة غير سعيدة . وقليل من الأشخاص هم المؤهلون للوصول إلى هذا القرار ، والأسس التى يبنى عليها فى الغالب فى المجتمعات الغربية اليوم تكون اجتهادية أكثر منها قائمة على معلومات صادقة وصحيحة . فمثلا تضع هيئات كثيرة للتبنى سدا منيعاً أمام الأطفال الذين يأتون نتيجة علاقات بين المحارم مهما كان أصلهم طيباً . وقد تؤدى النظريات الساذجة عن الوراثة بالطفل إلى أن يصبح منبوذاً لأسباب كأن يكون له أخت أو أخ ضعيف العقل أو والد يعانى من مرض عقلى . وربما كانت هذه سياسة معقولة فى الأيام التى كان مقبولا فيها ، من وجهة نظر الطب العقلى ، أن جميع الأمراض العقلية وراثية . أما الآن وقد أصبح الأمر على خلاف ذلك ، فإنها أصبحت غير معقولة ، اللهم إلا بالنسبة للحالات التى تكون فيها نسبة الضعف أو المرض العقلى فى العائلة أعلى كثيراً من المتوسط بشكل واضح . وقد سبق أن أشرنا إلى أنه ليس للاختبارات العقلية قيمة تنبؤية فى الثمانية عشر شهراً الأولى من الحياة لدرجة أن بعض أنواع التخلف ، حتى مع عدم وجود الحرمان ، لا تستحق اهتماماً ما لم تكن ملحوظة جداً . وأخيراً ، لم يثبت الافتراض الشائع القائل بأن الأطفال الذين لديهم أنواع معينة من العجز الجسمى لا يصلحون للتبنى ، كما اتضح من إحدى النشرات المثيرة للاهتمام والمعنونة « تبنى الطفل غير الصالح للتبنى » .

وعلى ذلك ، تظهر ثلاثة أسس لمناقشة مشكلة صلاحية الطفل للتبنى .

(١) أن الحكم على قدرات الطفل الموروثة يتطلب رأى شخص خبير بالوراثة الإنسانية . ولا يجب بأية حال اتخاذ قرار ضد الطفل دون الاستناد إلى رأى شخص كفء .

(ب) أنه يجب على الأخصائيين النفسيين أن يكونوا على دراية تامة بالقيمة التنبؤية لاختباراتهم ، وبتأثيرات الحرمان والمرض وغير ذلك من الظروف على أداء الاختبار .

(ح) أنه حتى إذا كانت حالة الطفل ، أو احتمالات ما سيكون عليه فى المستقبل ، ليست طيبة تماماً ، فيجب أن تبذل دائماً المحاولة لرؤية ما إذا كان هنالك والدان متبنيان ، مستعدان بعد إحاطتهما بمعرفة تامة بالحقائق أن يتقبلا الطفل على أساس من الفهم لحالته .

أما القطاع الثالث الذى يتطلب معرفة ومهارة فهو تقييم الآباء الراغبين فى التبنى ومساعدة هؤلاء الذين يستطيعون تحقيق توافق سعيد مع خبرة تبنى الطفل ، تلك الخبرة الانفعالية العميقة . ولا يوجد مكان هنا للهواة الذين لا يمكن أن تكون معاييرهم سوى علامات الاحترام السطحية ، أو للاحصائية المتمرنة فقط على المحافظة على الصحة البدنية بمعاييرها عن الدخل ، والنظافة ، وأقدام الهواء المكعبة . إذ أن هذه المعايير تؤدى إلى مطالب وهمية لا داعى لها . فصحة الطفل العقلية سوف تعتمد على العلاقات الانفعالية التى ستتاح له الفرصة لإقامتها ؛ ويتطلب التنبؤ بها معرفة سيكولوجية الشخصية ومهارة فى فن المقابلة . وأكثر الأشياء أهمية تقدير الدوافع الحقيقية الكامنة وراء رغبة الأم فى تبنى طفل ما (فدائماً ما تكون الأم فى الغالب هى المصممة لخطة التبنى أكثر من الأب) وغالباً ما يختلف مظهر تلك الدوافع عن حقيقتها الخافية ، حتى على المرأة نفسها . ولا يجب أن يؤخذ حجة ضد الآباء المتبنين أنهم يفتشون عن الحب ، أو مزيد من الحب ، أو نوع مختلف من الحب : فذلك فى حد ذاته يعطى فكرة عنهم ، ولكن المهم هو نوع المطالب التى يتقدمون بها ، كأن يتطلبوا خصائص محددة كالسن ، والذكاء ، ومركز الأبوين الأصليين ، وجنسيتهما وشخصيتهما ، وأحياناً ما يصرون على هذه المطالب حتى عندما يوضح لهم أنها غير معقولة . فقد تصر امرأة على أن تتبنى فتاة ذات لون معين ،

أو قد يصر رجل على تبنى ولد يكون له في المستقبل كل ما أراده لنفسه . تلك الرجاوات غير المرنة القائمة على الأنانية تختلف عن مطالب المتبنين الذين يستطيعون تقبل الأطفال العاديين .

وإن هؤلاء الذين يلتزمين بتلك الاتجاهات الجامدة إنما يفعلون ذلك لأسباب تتصل بصراعاتهم الانفعالية الناشئة من طفولتهم الخاصة . وفى مثل هذه الحالات تكون الحاجة إلى الطفل كحل لمشكلة خاصة لدى الآباء وليس لذاته ، وكما هو متوقع لا يقدم الطفل غالباً مثل هذا الحل . فالمرأة التى تشعر دائماً بأنها غير محبوبة ، والتى تفتش عن الحب والصحبة لدى الطفل لن تريد له أن يكبر يوماً وأن يكون له أصدقاء ويتزوج . والمرأة التى تبحث عن فتاة تحقق لها عندما تكبر كل ما فشلت هى فى تحقيقه سوف تشعر بخيبة الأمل إن عاجلا أو آجلا ، وتنقلب على هذه الفتاة . وهناك كثير من الدوافع غير المرضية التى تكمن وراء الحاجة إلى طفل . وبنفس الطريقة قد تختفى الدوافع الطيبة وراء مظاهر تبدو غير مبشرة بخير . فالمرأة ذات الطبع الفظ الغليظ أو الزوجان المستهتران غير المنظمين واللذان لا يهتمان تماماً بالنظافة قد يحملان فى الغالب قلوباً رحيمة ويثبتان أنهما أبوان محبان نافعان . وإذا كانت دوافع الآباء طيبة فيمكن غض النظر عن أشياء أخرى كثيرة .

ولكن كيف يكتشف الأخصائى الاجتماعى دوافعهم الحقيقية ؟ بالاستفسار حينا عن كيف فكروا لأول مرة فى تبنى طفل ، وحيناً آخر بالتعرف على أشياء أكثر عن طبعائعهم الإنسانية ، وخاصة طاقتهم على إقامة علاقات ودية طيبة بالآخرين . ويمكن تقدير ذلك حسب ثلاثة معايير رئيسية : الطريقة التى يتحدثون بها عن غيرهم من الناس ، وخاصة أقاربهم ، والطريقة التى يعاملون بها بعضهم البعض ، والطريقة التى يعاملون بها الأخصائى الاجتماعى . ومن المهم على وجه الخصوص أن نعرف حالة حياتهم الزوجية . إلا أن هذا المجال كثيراً ما يتجنبه القائم بالمقابلة الذى يشعر ، ما لم يكن متمرناً مراناً كافياً ، بأنه عاجز تماماً عن عمل استفسارات مفيدة وغير باعثة على الخجل فى نفس الوقت .

كما أن العلاقة بين الوالدين الراغبين فى التبنى والأخصائى ذات قيمة كبيرة أيضاً فى تحديد أى نوع من الناس هما .

(إن العائلات التى قاومت اهتمام الأخصائى بحياتها الخاصة أو شعرت بأن نواياها ومكانتها أو حاجتها الشديدة إلى الوالدية تخولها حق الحصول على طفل دون توجيه أسئلة ، كانت تفصح بذلك فى الغالب عن مشاكل خافية ترتبط ارتباطاً هاماً بقدرة الوالدين على التبنى . كما أن العائلات التى أقامت علاقة بسهولة مع الأخصائى ، والتى قدرت حاجة المؤسسة إلى اختيار آباء صالحيين للأطفال ، واعترفت بالمشاكل الإنسانية والنقائص والصعاب التى واجهتها كانت تفصح عن استعدادات عميقة للقيام بدور الوالدية) .

إن القدرة على مواجهة الصعاب بشجاعة والبحث بتعقل عن أفضل وسيلة لمقابلتها شيئان لا غنى عن توافرهما لدى الوالدين المتبنين إذ أن « القدرة على القيام ببعض المخاطرات أساسية للوالدين المتبنين » كما هى للوالدين الطبيعيين .

(ليست المشكلة هى ما إذا كنا نستطيع أن نحدد حاجة الأبوين بالتأكيد أثناء ما يكون الطفل صغيراً ، لأننا لا نستطيع ذلك ، ولكن المشكلة هى كيف ستكون استجابتهما للفشل ، وهل سيظلان يستطيعان القيام بوظيفتهما كأبوين محبين ، يستمدان الرضا من أبوتهما . ولا يوجد لسوء الحظ شىء مثل « التبنى المضمون » ولا يوجد أطفال تستطيع مؤسسة أن تقول بأمان أنهم مشهود لهم بالنجاح المؤكد . وعلى ذلك فمن الضرورى أن يكون الوالدان قادرين على تقبل الطفل سواء كان يستطيع أن يحقق آمالهما ورغباتهما له أم لا) .

إن المرونة والقدرة على مواجهة الحقائق لشيئان مرغوبان إذا كان الوالدان سيوقفان الطفل على حقيقة أنه متبن ، وذلك إجراء يتفق الجميع على أنه ضرورى ما دامت الحقيقة ستعرف إن عاجلا أو آجلا ، وما دام الوالدان أنفسهما يستطيعان أن يقرا الحقيقة ولا يتعلقان لأسباب شخصية بوهم أنهما قد أنجبا الطفل فإنهما لا يقابلان صعوبة كبيرة فى تربية الطفل منذ سنى حياتة الأولى ، وهو على علم

بأنه متبن . ولا تنشأ الصعوبات إلا إذا كان الوالدان الأصليان والمتبنيان يعرفون بعضهم البعض. وينصح الأخصائيون الاجتماعيون المدربون عادة بإحاطة هذا الأمر بسرية مطلقة، ويبدو أنه لا شك فى أن ذلك شيء جوهرى لسلامة عملية التبنى.

وغالباً ما تغفل الخبرة الانفعالية العميقة للوالدين اللذين يتبنيان طفلا . فغالباً ما يطغى على الاتجاه العقلى للأم المتبنية حالات من القلق والانفعال العميق . فالتبنى لا يعنى فقط بالنسبة لها امتلاك حياة كائن إنسانى ، مع ما يعنيه امتلاك طفل للمرأة ، ولكنه قد يعنى أيضاً التسليم النهائى من جانبها وجانب زوجها كذلك بالحقيقة المؤلمة ـ أنهما لن ينجبا طفلا أبدا . وتلك مشاعر صعبة تؤدى إلى الصراع ، وإذا لم تتناول بالعلاج فإنها قد تؤدى إلى إتلاف شعور الوالدين تجاه الطفل . ومرة أخرى نجد أننا فى حاجة إلى الاستبصار المبنى على المعرفة والمهارة القائمة على التدريب . والمعرفة والخبرة شيئان ضروريان أيضا للأخصائية الاجتماعية عندما يكون عليها أن تخبر الوالدين بأنهما غير لائقين للتبنى . ومن الطبيعى أنها سوف تحاول أن تضع ذلك أمامهم فى صورة أقل إيلاماً ، ولكن ينبغى أن يكون هدفها الأساسى مساعدتهما على رؤية الحقيقة بأنفسهما ، فما لم تفعل ذلك فإن الوالدين لن يشعرا فقط بخيبة الأمل ، ولكنهما سوف يصران على البحث عن طفل يتبنياه .

ونحن لم نسمع الكثير عن سوق الأطفال السوداء ــ تلك العملية التى ينجح أحياناً عن طريقها راغبو التبنى الذين رفضتهم الجمعيات ذات السمعة الطيبة فى أن يحصلوا على طفل نظير مبالغ كبيرة يدفعونها لسماسرة الأطفال . وقد حدث ذلك فى معظم الدول فى الوقت الحاضر من أناس يتفق الجميع على أنهم لا يصلحون إطلاقاً لرعاية طفل . وتلك مشكلة اجتماعية وقانونية قد تحتاج إلى الاهتمام بها يوما ما ، ولكن قد يكون من العبث تناول مثل هذه المشكلة الشائكة قبل أن يكون الجهاز المعترف به للتبنى فى أيدى أناس مؤهلين يمكن الاعتماد عليهم فى الحكم حكماً سليما على الآباء المنتظرين. ويحتاج ذلك إلى وقت طويل.

وقد أشرنا إلى أن التنبؤ بكيفية ارتقاء الطفل عمل صعب للغاية ، ولهذا السبب فإن التوفيق بين طفل ووالدين شيء ننشده أكثر من أن يكون محققاً فعلا . وزيادة على ذلك فإنه ما دامت هنالك قائمة طويلة للانتظار بينما لا يتوفر إلا عدداً قليل من الأطفال ، فقد يشعر الوالدان بالامتنان عند الحصول على أى طفل . ويمكن التوفيق بسهولة بين الطفل والوالدين بالنسبة للعنصر ، واللون إلى حد ما ، وإذا أمكن التوفيق بينهما فى الطبقة الاجتماعية فإنه يصبح من المحتمل الحصول على ذكاء متناظر . وإلى حين يمكن عمل تنبؤات مؤكدة عن الصفات المميزة الأخرى ؛ فإنه يكون من العبث لحد كبير انفاق الوقت فى بحثها .

وأخيراً ، قد يسأل سائل عن نسبة حالات التبنى الناجحة . وهذا بالطبع سؤال نسبى ، فالنتائج تعتمد إلى حد كبير على مهارة الجمعية التى تهيىء هذه هذه الحالات ، ولكن ما نحتاج إلى معرفته هو نسبة النجاح الذى يتوفر عندما يباشر التبنى أخصائيون مهرة . ولا يبدو أن هنالك دراسة كافية أجريت عن ذلك ، إلا أن أحد الأبحاث التى أجريت فى نيويورك على خمسين طفلا متبنى بعد أن وصلوا سن الرابعة أظهرت أنه لم يكن هنالك سوى ست حالات من الآباء كان اتجاههم غير طيب . ولكن هذه البيانات لا تكفى لأن نبنى عليها أحكاماً نهائية ، فإذا أردنا حقاً أن نفهمها فلا بد أن نضع فى اعتبارنا أموراً مثل العمر الذى يتبنى فيه الأطفال ومعايير النجاح التى استخدمها الأخصائيون ، كما يجب أيضاً مقارنتها بدراسات مماثلة للأطفال الذين يرعاهم آباؤهم الأصليون . وإذا أقمنا حكمنا على أساس هذا المعيار الأخير ، فإن نسبة حالات التبنى الناجحة إلى الحالات غير الناجحة لن تبدو غير مرضية . وذلك يتفق مع الخبرة التى نستقيها من عيادات توجيه الأطفال ، التى ليس لديها نسبة غير لازمة من الأطفال المتبنين الذين أحضروا لها . ومن هذه الحقائق الضعيفة قد يمكن افتراض أن التبنى عندما تتناوله أيد ماهرة خبيرة يمكن أن يتيح للطفل فرصة تكاد تكون طيبة لأن يحيا حياة أسرية سعيدة تشبه حياة الطفل الذى ينشأ

فى أسرته الخاصة . وحتى إلى هذا الحد ، فإن المعلومات التى لدنيا استكشافية غير كافية فإذا ما أردنا تناول هذه المشاكل جدياً . كان علينا أن نعمل على زيادتها زيادة كبيرة .

الفصل الثانى عشر

الأسر البديلة ـ ٢ ـ دور التبنى

لقد دأبنا طوال هذا الكتاب على أن نؤكد أن خير مكان للطفل هو منزله. أما إذا كان غير شرعى، فربما كان الأفضل له دار من دور التبنى، ومن أجل أجل ذلك تناولنا وسائل الوقاية من الانهيار العائلى (أو وسائل إعداد التبنى المبكر الدائم) فى شىء من الإسهاب. وهذه الوسائل يجب استنفاذها دائماً قبل البدء فى التطلع إلى أسر أخرى بديلة. ومع ذلك فمن المسلم به أن قليلا من الأطفال سيظلون فى حاجة إلى رعاية عاجلة أو طويلة خارج أسرهم، لذلك يجب أن نوجه الاهتمام إلى أفضل الطرق لتحقيق ذلك. وعلى هذا سنتناول فيما يلى أولا الرعاية الطارئة.

الرعاية الطارئة

هنالك أحداث كثيرة لا يمكن التنبؤ بها، مثل موت الأم المفاجئ أو مرضها مما يتطلب عملا عاجلا رعاية للأطفال: وثمة أحداث أخرى، كأن تكون الأم على وشك أن تضع مولوداً جديداً، أو تجرى لها عملية جراحية، يمكن فيها التنبؤ بالحاجة المؤقتة إلى الرعاية. وتمثل مثل هذه الحالات نسبة بالغة الارتفاع من بين جميع من يحتاجون إلى الرعاية. ويذكر تقرير كوريتس فى إنجلترا، أنهم يمثلون حوالى ٦٠٪ من مجموع الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية، بينما يقضى فى المنزل الذى يمر به جميع الأطفال المحتاجين إلى الرعاية بستوكهولم ٧٠٪ من أسبوع إلى ثمانية أسابيع فقط. ومن السهل الوقوف على ظروف مثل هؤلاء الأطفال كما أن ترتيبات المستقبل يكون قد تم إعدادها أو على وشك أن تتم، فيجب أن نفرق بينها وبين الحالات التى يشكل

فيها الشقاق العائلى أو الجناح أو الإهمال مشكلات عسيرة ذات مستقبل غامض . إن إقامة دور استقبال كبيرة يذهب إليها جميع أنواع الأطفال الذين يتطلبون الرعاية لملاحظتهم وتصنيفهم أمر غير مرغوب فيه ، وإن كان هذا هو النموذج الذى يسير عليه الدار باستوكهولم والذى يمتدحه تقريران حديثان . إلا أن الحجج الرئيسية المعارضة لمثل هذا الإجراء هى :

(ا) أنه يخلط بين مشكلتين مختلفتين تمام الاختلاف .

(ب) أن هناك سبلا أكثر صلاحية يمكن استخدامها مع الأطفال الذين يقيمون فترة قصيرة .

(حـ) أنه عندما يحتمل إقامة الأطفال لمدة طويلة ، يكون من الأصوب عادة أن تتم ملاحظتهم وتقرير ما يحتاجونه بوصفهم مرضى خارجيين .

(د) أن الحجم اللازم للمؤسسة التى تقوم بمعالجة الحالات التى تقيم فترة قصيرة ، والحالات التى تظل تحت الملاحظة معاً ، يصبح من العسير ضبطه والسيطرة عليه .

إلا أن هنالك ، مع هذا ، مكاناً لمراكز الاستقبال الصغيرة التى تكون وقفاً على استقبال الأطفال الذين يتجاوزون خمسة أعوام من العمر ، ممن يحتاجون فجأة لملجأ عاجل ، ولكن لا تتجاوز إقامتهم الأسابيع أو الشهور القليلة .

وهنالك حلول متباينة لمعالجة هذه الحالات الطارئة المؤقتة ، وأساليب مختلفة يجب استخدامها مع فئات السن المختلفة . فالرعاية الجماعية فى مراكز صغيرة تكفى لمن تجاوز السادسة أو السابعة من الأطفال وخاصة المراهقين ، إذ يستطيع الأطفال فى هذه الأعمار أن يتلمسوا طريقهم بنجاح فى وقت قصير فى مثل هذا الجو . كما أنه من الأصوب أن نجنبهم عبء إقامة علاقة قصيرة الأمد مع أعضاء دور التبنى الذين لا يعرفونهم . إلا أن هذا الاعتبار لا ينطبق على الرضع وصغار الأطفال ، الذين لا يستطيعون . كما تدل جميع الشواهد ــ

التكيف للظروف الجماعية . ويمكن أن يوصى بالنسبة لهم ، بالخطة التى اتخذتها جمعيات أمريكية كبيرة ، وجمعية East Suffolk Council منذ سنة ١٩٥٠ بصفة خاصة — وهى الاحتفاظ بسجل للأمهات الحاضنات المؤهلات والراغبات فى أخذ زوج من الرضع أو الصغار لفترة قصيرة يتقاضين أثناءها أجراً ، بحيث يمكن توفير الأماكن الحالية بعد طلبها بوقت قصير . ويمكن أن يؤدى عمل من هذا النوع إلى حل المشكلات الاقتصادية لكثير من الأرامل ممن لهن أطفال صغار .

وربما كان حلا أصوب لجميع فئات العمر أن ينالوا عون الأقارب والجيران. وقد سبق أن ذكرنا أن الحكومات والهيئات الخيرية تبطئ فى مد يد العون للأطفال داخل أسرهم وبين أقاربهم ، بينما تسرع بعض الشىء فى إغداق المال على الرعاية داخل المؤسسات. كما يتجلى بعد هذا عن الحكمة إذا ما أنفقنا المال ، عندما نأخذ الأطفال للرعاية دون أن نبذل أقصى ما نستطيع لدفع الأقارب للقيام بدور والدين بديلين . وقد يتبين أنهما يقطنان بعيداً أو أنهما يعانيان من عسر مالى . إلا أن مصاريف الانتقال ، حتى ولو تجاوزت المسافة مئات الأميال ، مضافاً إليها تكاليف الإعالة لا تقارن بما يناله الطفل من رعاية كاملة . ونذكر بهذا الصدد أن الشروط التى تستطيع إحدى القريبات بموجبها فى القانون الإنجليزى أن تسجل رسمياً بوصفها أما حاضنة شروط لها قيمة خاصة ولا بد بالطبع من التروى قبل الاستعانة بالأقارب . فإذا كانوا غرباء على الطفل تماماً فإن قيمتهم تنقص كثيراً لذلك . كما أنه إذا كان أحد الزوجين يعارض فى ذلك الاحتضان فإن الطفل يصبح مركزاً للاصطدام فى الأسرة الجديدة . ومع هذا فالأقارب الحميمون الذين يعرفهم الأطفال يحتمل إلى حد كبير أن أن يحسوا بالالتزام القوى نحوهم أكثر من الأغراب . كما أن قيمة الألفة تكون لا حد لها . وقد يكون للجيران ، لنفس السبب ، قيمة خاصة كآباء حاضنين مؤقتين . فالطفل لن يظل بين وجوه مألوفة وفى مكان مألوف فحسب ، بل إن

الجيران أنفسهم ، لمعرفتهم بالأطفال ووالديهم قد يلقون الأطفال بالترحاب الحار ويغدقون عليهم الأمن العظيم أكثر مما يفعل الغرباء . وعلى هذا فمن الأهمية الأهمية بمكان أن تبذل أية هيئة من هيئات رعاية الطفل قصارى جهدها لتشجيع الإحساس بالاعتزاز بالجيرة فى رعاية مثل هؤلاء الأطفال فترة من الزمن . ويجب مساعدة الوالدين ليتحققوا من أن مصلحة الأطفال فى البقاء مع الأصدقاء وأن مصلحة الهيئات ذاتها فى أن تسهم فى إعداد ترتيب يساعد فيه جميع أفراد الأسرة بعضهم البعض فى الأحداث الطارئة . ويجب على الهيئات نفسها أن تراعى بوجه عام معايير النظافة والصحة والراحة عند تشجيعها لمثل هذه الروح . وقد يصعب أحياناً فى جوار معين أن توجد منازل تستوفى المعايير المعتادة فى هذا المضمار ، ولكن لما كان من المحتمل أن الطفل نفسه فى هذه الحالة يأتى من منزل مشابه ، فلن يصيبه ضرر كبير إذا ما قضى أسابيع قليلة فى منزل آخر . أما إذا اتفق ، لأسباب تتعلق بالرعاية المؤقته، أنه طالما أن الأسرة الحاضنة تناظر أسرة الطفل الخاصة أو تتميز عليها فيما يتعلق بمثل هذه الأمور فليست ثمة حاجة إلى مزيد من الأسئلة ، ويمكن أن يوجد الكثير من الأسر الحاضنة والمؤقتة وأن ينال المزيد من الكثير من الأطفال الرعاية فى حالات الطوارئ فى منازل قريبة من منازلهم الخاصة .

وبالإضافة إلى ذلك تقضى رعاية الجيران القصيرة الأمد للأطفال على أحد الأخطار العظيمة الملازمة لنقل الأطفال من منازلهم — أعنى ترك الأطفال تحت رعاية مؤقتة لفترة غير محدودة . وقد يبدو هذا غريباً لمن لم يألفوا المشكلة ، إلا أن الأخصائيين الاجتماعيين فى أمريكا وأوربا يعرفون حقيقة الخطر . وقد كشف البحث فى كثير من المناسبات فى حالات الأطفال ممن يقيمون فى المؤسسات أو ينالون رعاية حاضنة ، أن غالبيتهم قد تباطؤا شهوراً وسنوات بعد انقضاء الطارئ وكانوا يستطيعون العودة إلى منازلهم منذ وقت طويل . ويبدو أن الوالدين والمجتمع هما المسئولان عن مثل هذا التراخى . ويقنع بعض الآباء ممن ف

لديهم القدرة على تحمل المسئولية بترك الأمور تسير كما كانت ، وإذا حدث تجاهل الحالة وقتاً طويلا كيفوا أسلوب حياتهم مع غياب الأطفال ، وجعلوا الظروف أكثر صعوبة أمام عودة الطفل!. ويتأثر بعض الأباء ذوى العقول الأكثر بساطة بالظروف المادية الطيبة التى يوجد فيها الأطفال ويحسون متواضعين أن من الخير لهم أن يظلوا حيث هم . ويجب أن نعترف أن هذا الانجاه يحظى فى بعض الأحيان بتشجيع المجتمعات (أو الجمعيات) ممن قد يعميهم الاعتذار بما يقدمونه من خدمات عن حاجة الطفل الحيوية للعلاقة الوثيقة . المستمرة التى يصعب جداً الحصول عليها خارج نطاق أسرته الشخصية . ويمكن أن يؤدى عدم التبصر هذا بسهولة إذا ما لازمه عدم توفر أخصائيين دراسة الحالات المهرة ، أو يؤدى بالمؤسسة نفسها إلى تعقيد المشكلة المناط بها حلها . ويقول أحد أحصائى الأطفال الإنجليز « إن الحالة التى تطول إقامتها هى بصفة عامة حالة تقتضى إقامة قصيرة ولكنها لم تحسن معالجتها » .

وتعترف الآن جميع الهيئات الصالحة بالحاجة إلى العودة المبكرة ما أمكن لجميع الأطفال ممن يقيمون بعيدا عن أسرهم إليها ، ومن المتفق عليه ، ليصبح ذلك العمل ممكنا ، أن جزءا كبيراً من عمل مؤسسة رعاية الأطفال ، سواء كانت المسئولية فيه تتناول الأطفال الذين يقيمون بين أسر حاضنة أو فى مؤسسات أن يقع على والديهم . وتزداد أهمية ذلك بصفة خاصة عندما يحضر الطفل من أسرة يظللها الشقاق العائلى ، والإهمال ، وعندما يساند إعراض الوالدين عن تحمل مسئولياتهم — فى كثير من الحالات — أساليب حسنة النية ولكنها عديمة المهارة .

بعض مبادئ رعاية الطفل

لقد كانت الهيئات فى الماضى ، وربما يحدث ذلك كثيراً إلى الآن تعرض عن الاعتراف بالمبادئ الثلاثة الآتية :

(ا) لا يمكن الفصل فصلا دقيقاً بين الطفل وأسرته .

(ب) لا تستطيع الأسر الحاضنة أو المؤسسات أن تمد الأطفال بما يحتاجونه من أمن وحب فهما دائماً بالنسبة للطفل ذوا طبيعة انتقالية .

(ح) إن الترتيبات التى تتغير من يوم لآخر تخلق لدى الطفل شعوراً بانعدام الأمن ، وإنعدام الرضى لدى الأم الحاضنة ، فإذا أردنا ألا يقاسى الطفل كان من الجوهرى رسم خطط معقولة طويلة الأمد من البداية .

ومن الأخطاء الشائعة البالغة الانتشار الاعتقاد بأن نقل الطفل من أسرته سيؤدى به إلى نسيانها والبدء من جديد – كما يعتقد أنه كلما كانت الأسرة بالغة السوء كلما كان من السهل عليه ذلك . وقد أدى ذلك الاعتقاد الخاطئ إلى اتباع طريقة منع الوالدين والأطفال من رؤية بعضهم بعضاً ، اعتقاداً بأن ذلك سيصلح من حال الأطفال . وهذه المعتقدات تتعارض مع كل ما هو معروف عن صغار الأطفال ، كما أنها لا تتفق والأدلة الثابتة . ويمكن أن نورد دراستين : فى دراسة لأطفال تم إجلاءهم إلى كامبردج أثناء الحرب العالمية الثانية وجد أن زيارات الوالدين لم تكن مصدر ضرر ما ، بل كانت عوناً فعلياً للطفل على استقراره فى الأسرة الحاضنه . بل لقد قام باحثان قبل ذلك فى الولايان المتحدة الأمريكية بدراسة منظمة قارنا فيها درجة الشعور بالأمن كما يكشف عنه سلوك الأطفال الذين سمح لهم ببعض الاتصال بأسرهم السابقة (سواء أسرهم الخاصة أو الحاضنة) بنظيره عند هؤلاء الذين لم يسمح لهم بشىء من ذلك . وبينت الملاحظات أن الأطفال الذين حيل بينهم وبين أى اتصال بأسرهم السابقة تماماً ، كانوا بشكل عام أقل شعوراً بالأمن وأصعب مراساً ممن يسمح لهم ببعض الاتصال بأوساطهم السابقة .

ويؤيد هذه الدراسات ما يعرف من قبل عن الأطفال . أعنى أنهم ليسوا كألواح الإردواز يمكن أن يمحى عنها الماضى بطلاسة (بشاورة) أو إسفنجة ، بل إنهم كائنات آدمية تحمل معها خبراتها السابقة ، ويتأثر سلوكها فى الحاضر تأثراً عميقاً بما حدث من قبل . كما أنها تؤيد أيضاً القيمة الانفعالية العميقة

للرابطة بين الطفل ووالديه) التى وإن كان من الممكن تحقيقها بدرجة كبيرة فهى لا يمكن التخلص منها بمجرد الانفصال الفيزيقى . كما أنها تؤيد أخيراً ما نعرفه من أنه من السهل دائماً على الكائن الإنسانى ن يحسن تكييف نفسه لشىء له به خبرة مباشرة أكثر من شىء غائب عنه أو يتخيله .

إن التحقق من أن الطفل فى الأسرة — الحاضنة (أو المؤسسة) يعيش فى عالمين — الأسرة الحاضنة (أو المؤسسة) وأسرته الخاصة — هو الذى أدى إلى النظرة الجديدة إلى رعاية الطفل . فلم يعد الأخصائى الاجتماعى يتخيل أن من الممكن أن يجد أسرة (أو منزلا) يمكن أن يعتبرها الطفل بديلا كاملا لأسرته . ومهما كانت صلاحية الأم الحاضنة « أو ربة المنزل » فإن الطفل سينظر إليها على أنها لا تزيد أو تقل كثيراً عن كونها مجرد بديل « لا يكفى » لأمه ، عليه أن يتركه بأسرع ما يمكن . أما إذا نقل الطفل فقط ، قبل الثانية من عمره تقريباً فإن من المحتمل أن يختلف شعوره . وتستطيع الأخصائية الاجتماعية ، لأنها تعرف ما سيشعر به الطفل ، أن تساعد الأم الحاضنة على فهم الطبيعة المؤقتة للموقف والتكيف له ، ذلك أن تشجيع الأم الحاضنة على الاعتقاد بأنها ستحصل على جميع ألوان الأشباع التى تحصل عليها لأم الفعلية ليس إلا من قبيل بناء القصور فى الهواء .

وعلاوة على ذلك فإن إدراك الاخصائية الاجتماعية — لما لوالدى الطفل من أهمية بالنسبة له ، يجعلها تفطن إلى أهمية مساعدتهم هم أيضاً إذا ما كان تأمين مستقبل الطفل محل اعتبار . ولكن قبل أن نتناول المشكلة التى طال حولها الجدال : مشكلة رعاية الطفل بعيداً عن أسرته ، يلزمنا إذن أن نتناول بعض مظاهر العمل الأساسى الذى يجب إنجازه مع الوالدين إذا أردنا أن يكون وضعه فى أى مكان خارج أسرته الأصلية خطوة إنشائية فى حياة الطفل ، وخطوة تؤدى إلى سعادته فى المستقبل ، وليس إلى فترة طويلة دائمة من الشك والتذبذب

تؤدى به خلال إحساسه بالتعاسة وانعدام شعوره بالأمن إما إلى أن يعزل نفسه داخل صومعة أو إلى أن يبذل نشاطاً . لا يجلب إلا المتاعب .

دراسة الوالدين

ربما لا نكاد نجد فى مزاولة رعاية الطفل ما هو أكثر شيوعاً ، أو إلحاقاً للضرر ، أكثر مما تزاوله الهيئات التى تقبل أطفالا من والدين « سيئين » على أساس « مؤقت » دون رسم خطة للمستقبل .

وهذا النظام القائم على الرعاية غير المحددة والمسئولية الغامضة لا يشجع العلاقة بين الوالدين وأطفالهما ويتجاهل حاجة الطفل إلى الحب العميق وإلى الروابط الأسرية العميقة الجذور . وجلى أنه ليس ثمة نظام أدعى إلى تثبيط همم الوالدين الفاتره ، أو إلى إضعاف الإحساس المتخاذل بالمسئولية من السماح بتأجيل القرار إلى أجل غير مسمى (أو غير محدد) بينما يتحلل الوالدان من الرعاية المباشرة . ويذكرنا هذا بالأساليب المرتجلة التى تتبع بكثرة فى مؤسسات اللقطاء .

ويجب على الهيئات خيرية كانت أو حكومية ، أن تجعل غايتها الأولى مساعدة الوالدين على التعرف على أصول المشكلة ورسم خطة مثمرة للمستقبل ، بدلا من أن تسهم هذه الهيئات — عن غير عمد — فى خلق إنعدام الشعور بالمسئولية عن مستقبل الطفل . ويعنى هذا أن تمد المؤسسة يد العون مشروطة بتحمل الوالدين مسئولية مستقبل الطفل بقدر ما تؤهلهم قدرتهم .

ويجب أن تبدأ العملية —كما هو الحال فى جميع الخدمات عن طريق دراسة الحالة — منذ لحظة الاتصال الأولى ، عندما يصبح الوالد ، تحت ضغط الحاجة ، مستعداً تماماً لمواجهة الحقائق التى لا يرحب بها .

« ويجب أن تثار فى الوالد الحاجة إلى فحص طبيعة الإهمال ، وأن يحدد ما يستطيع إتيانه بشأنه ، وأن يتفقد ما إذا كان ذلك سيساعد فى مواجهة حاجات الطفل ، وأن يتعرف مبلغ استعداد الهيئة لمساعدته فى تحقيق ما يحتاجه الطفل من رعاية وأمن . . .

ويجب مساعدته على معرفة حدود الرعاية الخارجية ومزاياها كما يعرفها باحث الحالة » .

وربما يكمن هنا لب المشكلة — كما يعرفها باحث الحالة ؛ فما دام باحثو الحالات لا يعرفون هذه الحدود ، وإنما يعيشون كما يفعل البعض ، مأخوذين بعاطفة إنقاذ الأطفال المهملين من آبائهم الأشرار ، فإنه سيتصرفون فى اندفاع معفين الآباء من مسئولياتهم ، ويجعلون الآباء بهذا التصرف يعتقدون أن الخير للطفل كل الخير فى أن يظل فى رعاية الآخرين . ولن تستطيع باحثة الحالة مساعدة الآباء أنفسهم والأخذ بيد الطفل إلا إذا كانت على قدر كاف من النضج والتدريب بحيث تحترم حتى الآباء السيئين وتوازن بين الاعتبارات البعيدة المدى والأقل جلاء والاعتبارات العاجلة القصيرة المدى .

وبالطبع ، عند يأتى الوقت الذى يصبح فيه على الآباء أن يستعيدوا أطفالهم أو عندما تقرر السلطات أن الأطفال فى حاجة إلى رعاية ، فإن من المحتمل أن يكون الموقف العائلى شديد السوء . وقد يكون من المستحيل نتيجة ذلك اتخاذ قرارات عاجلة وعملية بخصوص المستقبل البعيد للطفل . أما إذا أوضحت الأخصائية الاجتماعية عند أول تناول لها للحالة أن معاونتها تتوقف على إيجاد حل أخير (نهائى أو بعيد) ، فى وقت معقول ، وأن هذا الحل لا يخرج عن أحد أمرين : أما أن يتعهد الوالدان الطفل بالرعاية فى المنزل مرة أخرى ، أو أن يتركاه فى مكان آخر — وأنها ترى أن الوالدين هما الشخصان اللذان لهما مكانة جوهرية فى حياة الطفل ، ولذا يجب أن يساهما فى رسم مستقبله . فإن جميع الآباء لابد أن يستجيبوا لها اللهم إلا أسوأهم توافقاً .

وزيادة على ذلك فإنه لن يكون من المحتمل أن يقوم الوالدان بدور مثمر فى أية ترتيبات تتعلق بالرعاية الحاضنة يمكن أن تدبرها الهيئة إلا إذا عوملا بهذا الأسلوب أما إذا تجاهلناهما فى رسم الخطة فإما أن يلقيا عن عاتقهما كل مسئولية ويختفيا من حياة الطفل ، وإما أن يتدخلا بطريقة ارتجالية لا يمكن

التنبؤ بها . ومثل هذا التدخل أمر شديد الشيوع ومبعث شكوى دائمة ، إلا أنه لا مهرب منه عندما تتجاهل الهيئات الوالدين فى رسم الخطة وتتركهما ليواجها بمفردهما المشاكل الانفعالية المحيرة وما يمكن أن ينتج عن ذلك من مشاكل إضافية، وبخاصة ، الإحساس بالإثم لتخليهما عن أطفالهما والخوف من لوم الآخرين لهم لعدم لياقتهما كآباء .

وتغص سجلات جميع الهيئات بالأدلة على الصعوبات التى تواجه وجه الأطفال نتيجة نيلهم رعاية طويلة الأمد ، وعدم قدرة والديهم على السماح لهم بالاستقرار فى الأسرة الحاضنة والإحساس بأنهم جزء منها . فالوالدان يحسان بالغيرة من الوالدين — الحاضنين ويثيران المتاعب ، أو يغضبان عليهم ويمتنعان عن زيارتهم .

ويبقى الأطفال ليقاسوا عناء الصراع بين ألوان الولاء المختلفة . وقد وجد فى إحدى عيادات رعاية الطفل أن أشد الحالات إشكالا بين الأطفال المحتضنين ، المضطربين ، كانت حالات من ظل والداهم تتصارع مشاعرهم حول وضع الطفل فى مؤسسة ، بينما واصلوا اتصالا نشطا ولكنه غير منتظم بالطفل ، وقد اندرج فى هذه الفئة سبعة عشرة طفلا من بين خمسين طفلا محتضناً مضطرباً ترددوا على عيادة بفلاديلفيا . وقد كانوا يعانون من عدد شديد التباين من المشاكل : كالهرب والسرقة والكذب ، والسلوك الجنسى المكشوف والتبول وعيوب النطق والاضطرابات العضوية ، والعصبية ، ونوبات الغضب الحادة . ولم يكن العلاج الناجح ممكناً إلا مع أربعة فقط .

ومن المسلم به أن قيادة مثل هؤلاء الآباء وأمر بالغ الصعوبة . وهذا هو سبب الحاجة إلى باحثين على أكبر قدر من المهارة عندما يحضر الأطفال طلباً للرعاية فى أول مرة ، إذ أن هذه هى اللحظة ، كما سلف أن أكدنا من قبل ، التى يبلغ فيها الأمل أقصاه فى التأثير عليهم . ويمكن أن يلاحظ بسهولة أن المهارة المطلوبة هى المهارة فى معالجة الدوافع المتناقضة واللاشعورية .

وليس من المحتمل أن يسلس للمؤسسة قياد أحد من هؤلاء الآباء العصابين وأن يجعل من إقامة الطفل فترة مثمرة بدلا من أن تصبح ضارة ، إلا عند ما تتوفر مثل هذه المهارة . وهذا أحد الأسباب الرئيسية التى تجعل هيئات رعاية الطفل تستخدم مستشارين فى الطب العقلى لمساعدتهم .

دراسة حالات الآباء الحاضنين

لقد أكدنا أهمية دراسة الآباء ، لأنه بالرغم من كونها مفتاح النجاح إلا أنها لا زالت تلقى إهمالا كبيراً . كما أن دراسة الآباء الحاضنين والأطفال المحتضنين له أيضاً حيويته . وهنالك ، بالإضافة إلى الأهمية الواضحة لاختيار الآباء الحاضنين المناسبين ، والحاجة إلى معرفة الآباء الحاضنين والطفل حتى يمكن المواءمة المناسبة بينهما ، هناك الحاجة إلى إعداد الآباء الحاضنين لمواجهة السلوك الذى يحتمل أن يفصح عنه الطفل مواجهة غير انفعالية . وكثيراً جداً ما يحدث تجنب ذلك بسبب شدة الحاجة إلى إيجاد آباء حاضنين والميل عن تثبيط همة أى شخص يبدو مناسباً . ولكن ، مالم يولى باحث الحالة الآباء الحاضنين ثقته فيما يتعلق بالأطفال ووالديهم ، فإن من المعتاد أن يتكرر فيما بعد إحساسهما بالإخفاق ويطالبان بعودة الطفل .

وهذا أشد ما يفزع هؤلاء اللذين يرتبون رعاية الأسر الحاضنة . فهم لن يفصحوا فى سلوكهم حيال المؤسسة عن تحمل للمسئولية ، ما دامت المؤسسة فى سلوكها حيالهم تخفق فى تحمل المسئولية .

وسيتناول جزء خاص من هذه المناقشات الخاصة بالإقامة شرح علاقة الطفل بوالديه ، والحاجة إلى زيارتهما وما يحتمل أن يقوما به من سلوك ، وكيف يجب على الوالدين الحاضنين ألا يتوقعا أن يسلك الطفل حيالهما كما لو كان طفلهما

فعلا . فيجب مناقشة طبيعة الخطة الطويلة المحتملة . والترحيب بتعليقات الآباء الحاضنين والترحيب بمساهمتهما فى تخطيط المستقبل .

وهذا التأكيد فى النظر إلى الآباء الحاضنين على أنهم رفقاء يواجهون عملا مهنياً صعباً ، أمر جديد نسبياً ، كما أنه يخالف إلى حد كبير العلاقة التقليدية التى كانت أخصائية رعاية الطفل تعامل فيها الأم الحاضنة كما تعامل المريض وزيادة على ذلك فإن المرافقة (المهنية) الجديدة تكشف عن ، المشكلة الدائمة وهى أجر الرعاية الحاضنة ، وقد ظل التقليد هنا أن يدفع مبلغاً يكاد يقيم الأود ، يقدر فى العادة حسب تكاليف المعيشة منذ سنوات قليلة سابقة . وقد قوبلت فكرة دفع أجر للوالد الحاضن بمقاومة كبيرة ، ولا زال الجدل يدور حول أن هذا الفعل يخلق خطراً مؤداه أن الطفل قد ينال الرعاية الحاضنة فى مقابل المال بدلا من الحب . وهذا المنطق العتيق ، الذى لا يحظى بتأييد أى من الأخصائيين الاجتماعيين الفنيين ، لازالت تتمسك به الهيئات الحكومية لأسباب يصعب فصلها عن رغبتهم فى الاقتصاد . « إن الخوف من أن تؤثر مكافأة الأم الحاضنة فى محبتها الطبيعية واهتمامها بالطفل يماثل فى سخافته الاعتقاد بإن الطبيب يقل اهتمامة بمريضه إذا ما توقع أنه سينال أجرا على خدماته . »

ويتفق الأخصائيون الاجتماعيون على أن رعاية الأطفال المحتضنين عمل حقيقى يجب أن يجازى عليه ، ويبينون أنه فيما مضى كان الأطفال يجعلون لإقامتهم قيمة اقتصادية بما يؤدونه من عمل . ويجب أن نتذكر بالإضافة إلى ذلك أن قيمة إيجار حجرة نوم إضافية ، وإمكانيات الكسب التى كانت قد تتاح للزوجة عن طريق العمل بعض الوقت يمكن اعتبارهما مصدرين للربح مقابل إيواء الطفل المحتضن . ونتبين مرة أخرى من خلال هذا الرفض لدفع أجر ملائم للآباء الحاضنين ، بينما تدفع الهيئات الحكومية والخيرية المبالغ السخية للرعاية فى المؤسسات ، مبلغ التناقض فيما تحظى به كل من الرعاية الأسرية

والرعاية عن طريق المؤسسات من سخاء المساعدة .

ويوصى ، فى ترقية المكانة الشبة — مهنية للآباء الحاضنين ، بمعاملتهم كأعضاء خارجين فى هيئة المؤسسة . ويعتقد عن ثقة أنه إذا ما تم ذلك ، وإذا ما كوفئوا على خدماتهم فإن آباء خاضنين أكثر قدرة على تحمل المسئولية ، وأرقى من حيث أصولهم التربوية سيظهرون . وحتى يتم اتخاذ إجراءات من هذا النوع ، ستظل الإدارات الأهلية تندب (تأسف أو تنعى) صعوبة العثور على آباء حاضنين — تلك الشكوى التى تتردد اليوم بكثرة .

دراسة حالات الأطفال فى محال الإقامة

لقد ناقشنا طويلا العمل مع الأباء والآباء الحاضنين . وعلينا الآن أن نتناول الطفل ، الذى كثيراً ما يعامل ، كما لاحظنا من قبل ، كموضوع لا تدب فيه الحياة ، ينقل من مكان لآخر مع الاعتقاد بأنه لن يحمل معه حتى الآثار اللاحقة للأماكن التى سبق أن أرسل إليها .

وقد بينا من قبل أن الارتباطات بالأسر (المنازل) السابقة تبقى واضحة وأن فكرة « الانفصال الكامل » وهم خاطئ . وتبين أدلة أخرى كثيرة أنه كلما زاد إمكان مساعدة الطفل إيجابياً على المشاركة فيما يرسم له من خطط ، وكلما زادت مساعدته على تفهم كنهها ، وإلى متى ستستمر ، وأسبابها ، كلما زاد احتمال نجاحها .

ومن العسير أن نحقق ، بصفة خاصة ، إقامات ناجحة فى حالة الأطفال الذين يبعدون عن آباء مهملين ، أو بأمر المحكمة .

ولا تتاح فى مثل هذه الحالات عادة ، الفرصة لإعداد الطفل للإقامة ، كما يصعب عليه أن يفهم السر فى نقله من أسرته (منزله) . وقد يتملكه الغضب ، ولا يكون بأية حال مستعداً أو راغباً فى تقبل الوالدين البديلين .

وتستحق هذه الحقائق اهتماماً أكثر مما حظيت به من هؤلاء المسئولين عن إصدار أوامر المحاكم .

ولما للاتجاه الطفل من أهمية عظمى فى نجاح إقامته أو فشله، يولى الأخصائيون الاجتماعيون كثيراً من الوقت والانتباه لمناقشة الموقف الراهن وخطط المستقبل معه .

ويمكن أن يتم ذلك بأشكال مختلفة . ومن الأساليب التى تستحق توصية خاصة أن يقوم الأخصائى الاجتماعى بإجراء مقابلات مشتركة بين الوالدين والطفل يتم خلالها الإحاطه بالموقف بأكمله و بلوغ خطة مشتركة . وهذا الأسلوب الذى يعمد إلى خفض التوترات الأسرية عن طريق المقابلات المشتركة، رغم أنه كثيراً ما يكون عاصفاً ، إلا أنه دليل من الطراز الأول لكلا الجانبين على أن الأخصائى الفنى محايد لا يدبر الأمور فى الخفاء مع أحد الفريقين دون علم الجانب الآخر ، وهو شك يحتمل كثيراً جداً أن ينشأ بعد المقابلات الفردية .
وىن النقاط الأخرى المفيدة للطفل أن تتاح له الفرصة ليعرف شيئاً عن والديه الحاضنين الجديدين قبل أن يتم ترتيب إقامته ، كما تتاح بالمثل الفرصة للوالدين الحاضنين ليعرفا شيئاً عن الطفل . ويمكن أن تتاح هذه المعلومات عن طريق المحادثات والزيارات الشخصية التى يمكن أن تتعدد ومن الممكن أن تشمل هذه الزيارات قضاء عطلة أو عطلتين فى نهاية الأسبوع يقيم فيهما الطغل بين الوالدين الحاضنين ويبدأ كل فى التعرف على الآخر . ولا يجب إهمال هذه العملية التمهيدية حتى بين صغار الأطفال . فحتى الثانية من العمر تكون لهذا التقديم المتبادل قيمة وأهمية ، إذ لا شىء — كما هو معروف — يفزع الطفل الصغير أكثر من أن يترك مع غرباء .

ويؤكد الأخصائيون الاجتماعيون وأطباء العقل أهمية حاجة الطفل إلى المساعدة فى علاقته الجديدة إذا أريد له ألا يفسدها .

(فالانفصال والإقامة فى نظر الطفل مليئة بانفعالات الخوف والتوجس والغضب واليأس والإثم مما يمكن التعبير عنها بأشكال كثيرة ، بقدر ما هنالك

من أساليب دفاعية . . ومالم يتقبل الطفل الحاجة إلى إقامته ، فإنه لن يفيد من خبرته بالمنزل الحاضن . فبإنكاره لموقفه ، ترتد طاقاته سواء فى الواقع أو الخيال ، إلى والديه) .

ويستطيع باحث الحالة المدرب بماله من استبصار نفسى (سيكلوجى) بتلك الانفعالات المعقدة والمتصارعة ، أن يساعد الطفل مساعدة فعالة فى التعبير بالألفاظ عن مشاعره والإفصاح عنها ، حتّى يتقبل الموقف تقبلا واقعياً . أما إذا ترك وشأنه فقد يظل فى صراع انفعالى مختلط ، مما ينجم عنه واقعه ، كواقعة ذلك الطفل الذى ذكر للباحث فى يوم الثلاثاء أنه لم يعد يرغب فى رؤية أمه إطلاقاً — وأن أسرته الحاضنة هى منزله (أو أسرته) ، ثم هرب إلى أمه يوم الأربعاء .

ولا يجب على الباحثة الاجتماعية أن تبذل قصارى جهدها فى أن تشرح للطفل ما سيحدث وأسبابه فحسب ، بل يجب ألا تنسى أن تفسيرا واحداً قد لا يكفى . ولا أن الحقيقة التى تعتقد أنها قد شرحتها تماماً يوما ما ، قد تطغى عليها فى المرة التالية أو تصورات خاطئة قائمة إما على تخيلات أو ملاحظات من الوالدين أو الوالدين الحاصنين فهمها الطفل خطأ .

وإذا ، لن تفترض الباحثة الاجتماعية الخبيرة أن تفسيرا واحداً يكفى — فالأمر يحتاج تناوله بالحديث كثيراً — وأن تتناول جميع الأفكار الخاطئة التى تنتابه تناولا يشوبه العطف . فليس نادراً ، مثلا ، أن يفترض الأطفال أن تفكك الأسرة كان بسبب سلوكهم السيئ ، أو أنهم قد أرسلوا بعيداً عقاباً لهم — وهى أفكار لو تركت لتستقر فى نفوسهم ، فقد تجعل من المستحيل عليهم أن يستقروا بين الأسر الحاضنة المناسبة وتسبب صعوبات عظيمة فيما يلى من حياتهم .

وتحتاج الباحثة الاجتماعية فى علاجها لهذه البلبلة عند الأطفال إلى مهارة كبيرة ، فمن المعروف عن الأطفال الحذر الشديد فى الاعتراف بمشاعرهم الحقيقية ،

كما أنهم يجيدون التمويه . فقد تغطى الرغبة الظاهرة فى العودة إلى المنزل الخوف من العودة ، وقد يخفى الهدوء الخارجى وراءه قلباً محطماً (جريحا) . وتظهر هنا الحاجة إلى المهارة السيكلوجية البالغة مرة أخرى لبلوغ التوفيق فى العمل .

ولقد حظى مبلغ ما لحزن الأطفال لانفصالهم عن والديهم من أهمية بالقليل من التقدير — والحقيقة أنه فى السنوات العشر الماضية تقريباً ، فقط ، نال الحزن فى الطفولة المبكرة الأهمية الرئيسية فى الطب التى تحتلها الآن . ولقد ظل التقليد لفترة طويلة أنه كلما قل تشجيعنا للأطفال على التعبير عن مبلغ حزنهم للموت أو الانفصال كلما كان خيرا — إذ أنهم سيتغلبون عليه بسرعة أكثر .

ولكن هذه النظرة لا تؤيدها المعرفة الحديثة ، ويقول سير جيمس سبنس Sir James Spence : «إذا ما غيم حزن الموت على الأسرة ، فلا يجب إخفاؤه عن الأطفال ، بل يجب أن يشاركوا مشاركة طبيعية وكلية فى البكاء ، ثم ينجاوزون الحزن دون ضرر .»

ويؤدى الراشدون دوراً كبيراً فى مساعدة الأطفال فى معاناة الحزن سواء كان سبب الحداد الموت أو الغياب . وتذكر Mrs Burlinghan, Miss Freud من خبرتهما فى دور الحضانة ما يلى :—

« تنصح الأمهات عادة بعدم زيارة أطفالهم خلال الأسبوعين الأولين بعد الانفصال . والرأى الشائع أن ألم الانفصال سينقضى عند ذلك بسرعة ويسبب اضطراباً أقل . وفى الواقع أن سرعة انفصال الطفل عن أمه هى التى تتضمن جميع الأخطار ذات النتائج الشاذة . إن الانفصال الطويل قد يؤدى إلى آلام أكثر ظهوراً ، إلا أنها أقل خطراً ذلك أنها تمنح الطفل الوقت ليصاحب (ليجارى — أو يرافق) الأحداث باستجاباته ، وليعبر عن مشاعره مرة إثر أخرى ، وليجد متنفساً للتعبير الخارجى عن حالته العقلية : أى أنه يستجيب ببطء . وتستطيع حتى تلك الاستجابات التى لا تبلغ شعور الطفل (وعيه) أن تحدث أضراراً لا تحصى (الصحة النفسية) » .

إن الدموع التى تذرف من جديد عند كل زيارة تبعث فى نفوس الكبار الألم ، فيشعرون دائماً أن من الأفضل أن يبقى الطفل فى مأمن من هذه الأمور المقلقة . ولن يستطيع الكبار ، ما لم يتوفر لهم الفهم النفاذ للدور الذى يلعبونه فى الارتقاء الانفعالى فى مستقبل الطفل ، أن يتحققوا أن لهم وزنهم ، وييسر علينا هذا الفهم أن نتذكر القيمة التى تكون لقدرة الراشدين على البكاء بسبب الحرمان .

أطفال الآباء السيكوباثيين

هنالك نوع معين من الأطفال يتطلب عملا معينا — وهو الطفل ذو الوالدين — المختلى التوافق والجانحين والذين يشكلان تأثيرا سيئاً . وعلى الباحثة الاجتماعية عند تناولهم أن تتخلص أولا من الاعتقاد فى أن هؤلاء الأطفال ، بسبب وراثتهم السيئة ، يحتمل أن ينتهوا إلى نتائج أسوأ مما ينتهى إليها هؤلاء الذين لا يعانون من هذا العيب . وقد أشرنا فى صفحة سابقة إلى تتبع الأطفال الذين يقيمون بعيداً عن اسرهم حتى الرشد ، وأشرنا إلى أن الوراثة ، بقدر ما يمكن تحديدها ، ليس لها تأثير فى النجاح أو الفشل .

ويمكن الآن أن نورد هذه النتائج فى إسهاب . كان ٤٩٢ طفل يعرف عن أسرهم شىء ما . وقد قسموا إلى ثلاث مجموعات ، على أساس أن الوالدين يتمتعان بخلق صالح (طيب) أو أن أحدهم صالح والآخر غير صالح (خليط) ، أو كليهما غير صالحين (سيئين) . ونعنى بغير الصالحين (سيئين) الآباء ضعاف العقول ، أو المصابين بالصرع ، أو مدمنى الخمر ، أو سيئ الخلق ، أو ذوى البلادة . . . الخ

ومع أن ذوى الآباء السيئين أفصحوا ، فى حياتهم التالية ، عن كفاية اجتماعية أقل ، إلا أن الفرق كان طفيفاً جداً . وتتفق هذه النتيجة مع مبدأ الوراثة الإنسانية الذى نعرفه معرفة بسيطة جدا — وهو أن خواص (خصائص)

الوالدين الخارجية ليست إلا مرشدا واهياً للخصائص الموروثة فى اطفالهم .

ويمكن ، لذلك ، أن نتوقع واثقين فى العمل مع أطفال من أصول سيئة ظاهرياً ، نتائج مثمرة (ناجحة) تقريباً ، كما فى حالة من يأتون من أصول طيبة .

وهذا أمر مشجع ويبقى ، مع هذا ، واجب مناقشتهم ، أو فطامهم بعيداً عن هؤلاء الوالدين غير الصالحين نفسيا والذين يشكلون تأثيراً فعالا سيئاً . ولقد استمرت المراوغة والسرية ، مرة أخرى ، هى التقليد المتبع ، إلا أنه قد عرف الآن مرة أخرى أن النجاح يتطلب مواجهة الحقائق والصدق (الواقع). وقد يتساءل البعض مثلا ، كيف يمكن أن نناقش مع طفل حقيقة مثل وجود والديه فى السجن أو ممارسته أمه للدعارة ؟ وتصبح المشكلة أقل صعوبة إذا لم تخف الباحثة الاجتماعية نفسها من هذه الموضوعات ، وإذا ما تذكرت أن الطفل ، وقد عاش فى هذه الأحداث طوال حياته ، قد يعرف عنها أكثر مما تعرف هى نفسها ، ولو أنه قد يكون غير قادر على تكيف نفسه للصراع الواضح بين معايير والديه وتلك التى يقابلها فى مكان آخر . وعندما تستطيع الباحثة أن تناقش حالة الوالدين دون حكم ، تقوله أو تضمره ، فقط ، تستطيع أن تساعده على (التمعن فى) المشكلة وتفهم معناها ، وعليها أن تفهم جيداً أن أحد الأسباب الرئيسية لصراعه تصميمة على النظر إلى والديه على أنهما شخصان طيبان وما يلازمه من إعراض عن النظر إلى معايير الآخرين على أنها خير من معاييرهما . ولهذا أهمية قصوى تقتضى منا تناولها مباشرة .

ولقد أكدنا طوال هذا الكتاب أن الطفل الصغير يعتمد كلية فى مصالحة وفى حياته نفسها على ما يناله من رعاية من جانب الكبار ، وطالما كان والداه يزاولان هذا الدور عادة ، فهما اللذان يحتلان بالنسبة له الأهمية القصوى . ولا يحظى أى قائد عظيم ينقذ بلاده من الهزيمة احتراما يفوق ما يحظى به الأب أو الأم ، كما أنه من المميزات الشائعة التى تميز الأطفال أن يدافعوا عن

قوى والديهم إذا ما تعرضت للهجوم . وقد عبر عن هذا فى قوة مجموعة من أطفال المدارس عرض عليهم فيلم يهدف إلى تعليم الوقاية من أخطار الطريق ، وأقدم فيه الوالد على خطأ فى المرور صححه له ولده، بطل القصة . ورغم أن جميع الأطفال تقمصوا الصبى البطل لما قام به من مآثر إلا أنهم عارضوا بشدة أن يقع والد البطل فى خطأ من أخطاء المرور الخطيرة . فيجب أن يكون الوالد ، والدا طيباً قادراً لا يعرض حياة ولده للخطر .

إن هذه الروح القائمة على الولاء والحاجة إلى النظر إليهما على أنهما أخيار (خيار) هى ما ينبغى احترامه وفهمه إذا أردنا أن نساعد الطفل على النمو تدريجياً ، بعيداً عن والديه اللذين يشكلان بلا شك ، تأثيرا سيئاً . أما إذا أدى نقد أحد الوالدين إلى دفاع انفعالى من جانب الطفل وإلى الاتجاه إلى المثالية ، البالغ لوالده ، فقد يتساءل البعض ماذا سوف تكون سياستنا ؟ وقد أجاد مقال « الوالد الخفى » وصف ذلك ، فناقش التأثير الخفى للوالد، فبينما كان الوالد ظاهريا خارج نطاق حياة الطفل ، إلا أن ذلك لم ينقص من تذكر الطفل له وإعجابه به . ويورد المؤلف تاريخ حالتيين لطفلين من أسر سيئة فعلا ، كانا — أى الطفلين — مع أباء حاضنين من سن مبكرة ، ورغم أنه كان يبدو أنهما قد استقرا وأحسنا التقدم ، إلا أن كليهما قد كشفا فى مراهقتهما عن جميع مساوئ والديهما . ولم يجرؤ أحد فى كلتا الحالتين على أن يتحدث إليهما عن والديهما . ونقرأ ما يلى عن الفتاة التى كانت أمها تمارس البغاء :

لقد كان الواجب ، ألا يسمح لها بتوجيه الأسئلة فحسب، بل وبتشجيعها عليها وعلى الحديث عن أمها . لقد كان من الواجب أن يعترف لها شخص ما أنها تحبها بالطبع. فجميع الناس تقريباً ، يحبون أمهاتهم ولا بد أن يكون هنالك ، فى الحقيقة ثمة خطأ ما إن لم يفعل المرء ذلك، لا إذا فعله ، فإذا ما تعلمت الطفلة أن أحدا لن يلومها لأنها تريد أن تحب أمها، وأنه لم تعد بها حاجة إلى الدفاع عنها ضد انتقادات الآخرين ، فإن من الممكن تشجيعها على الحديث عن

نقمتها وغضبها على أمها لهجرها إياها ، ولفشلها فى أن تكون ذلك الضرب من الأمهات الذى كان يجب أن تكونه . وعن طريق هذه الخطوات ، لا يصبح لزاماً على الطفلة أن تكبت حبها وكراهيتها إلى هذا الحد الذى يجعلهما يعملان كما لو كانا طابوراً خامساً فى الداخل ، يعصف بكل خير تتجه إليه جهودنا . فإن من الممكن أن يخفف الحديث بعض التوترات المرتبطة بهذين الضربين من المشاعر ، ويترك الطفلة أكثر حرية لتشكل حياتها على شاكلة حياة أمها الحاضنة » .

وهذه هى فى الحقيقة خبرة هؤلاء الأخصائيات اللائى استخدمن هذه الطريقة بمهارة . فالطفل فى البداية لا يعترف بنقائص والديه . ثم يبدأ بعد ذلك التذبذب بين الدفاع والنقد، وربما صاحب ذلك نوبات ينفجر فيها شعور بالغ المرارة . وتعاوده ، فى النهاية مرة أخرى القدرة على اصطناع (اتخاذ) نظرة أكثر بعدا عن التحيز — فيرى فى والدته كائنا له عيوبه كما أن له مزاياه — بل قد يفهمها كشخص غير سعيد ضل سبيله فى الحياة . وكثيراً ما يكون ذلك أسهل عليه إذا أمكن ربط سلوك (الوالدة) المعتل بما يحتمل أن تكون قد عانته من طفولة قاسية ، طالما (أن) للطفل خبرة مباشرة بما يمكن أن تخلقه المواقف الأسرية العسيرة من مشاكل انفعالية للناس . وبمعاناة تلك المشاعر العنيفة المتناقضة ثم تحقيق نظرة أكثر تعقلا واتزاناً ، لا يعود الطفل ضحية ارتباطات غير منطقية بوالدة (أو والد) غير كفء كما يستطيع التوافق مع الحقيقة المرة — حقيقة أن والديه لم يعودا يصلحان له — وأن عليه أن ينشد الحب والأمن فى مكان آخر .

ويجب الاعتراف بأن مساعدة الطفل بهذه الطريقة ليست أمراً هينا ، كما أنه لا يتطلب من الأخصائية الاجتماعية الفهم فحسب ، بل والتحمل الانفعالى حيال مشاعر كثيرة تولد الضيق كالشعور بالغضب من والدين أو والدين حاضنين صالحين ، أو الإعجاب بوالدين شريرين . ورغم أن هذه الأمور قد تشكل

صعوبة وتثير الضيق ، إلا أنها القوى التى ستفسد حياة الطفل، إنها المحركات الزمنية التى ستؤدى إلى الانفجار مالم نعمل على إزالتها .

وتؤدى بنا هذه المناقشة مراراً إلى الاعتراف بالحاجة إلى الأمانة ، والصراحة فى مواجهة الحقائق التى لا نرحب بها ، وتسمية الأشياء بأسمائها الصحيحة . ويحتاج الأدباء إلى تشجيعهم على أن يعرفوا أنه لهم بسبب طبيعة مشاعر أطفالهم حيالهم — تأثيراً بالغاً على سعادتهم ، تأثيراً لا يستطيعون أن يتخلصوا منه مهما حاولوا .

ويجب مساعدة الآباء الحاضنين على معرفة الروابط التى تربط الأطفال بوالديهم المهملين ، والتغاضى عن جمود الأطفال وبرودهم Cool التى يقابلون به عطفهم عليهم . ويجب تشجيع الأطفال على التعبير عن حبهم لوالديهم السيئين وغضبهم منهم لإهمالهم إياهم ، معاً .

وهى انفعالات تبدو ، إما غير معقولة، وإما غير طبيعية ، أو يناقض بعضها بعضاً . بل ويجب ، علاوة على ذلك أن تشجيع الجوانب الثلاثة ، مهما كانت غير مسئولة ومهما كانت سيئة التعليم ، ومهما كانت صغيرة السن ، على المساهمة فى تخطيط المستقبل على قدم المساواة مع الأخصائية الاجتماعية الناضجة المتعلمة، الخيرة . وقد يبدو هذا كله هراء عند الذين لازالوا يعملون بروح القرن التاسع عشر ، ولكن تلك هى الدروس العظيمة التى علمتنا إياها المعرفة السيكلوجية . وإلى فرويد يرجع فضل اكتشاف أن البشر يكنون فى أعماق قلوبهم انفعالات مخيفة رهيبة كثيرة وأنهم يميلون إلى الرغبة فى أشياء رهيبة كما ن لديهم كذلك إمكانيات هائلة على إتيان الخير ، وأن الطبيعة الإنسانية ، بالإضافة إلى ذلك تستطيع السيطرة على أكثر الحقائق إقلاقاً للبال وأكثر الكوارث خطراً إذا ما مدت لها يد العون لمواجهة الحقيقة وفى مناقشتنا (للإقامة — الحاضنة Foster-Placement) ركزنا تأكيدنا عن قصد ، على الأساليب السيكلوجية التى يجب استخدامها . وقد تبدو أن هذه الطرق فى

التعامل مع الآباء ، والآباء الحاضنين ، والأطفال أنفسهم ، خالية تستغرق مزيداً من الوقت ، ولكن علينا أن نتذكر النتائج التى أمامنا ، وصحة الطفل المستقبلة وسعادته وصلاحيته كمواطن — ونتائج الأساليب المرتجلة الواضح عدم كفايتها . ويجب أن يعرف أيضاً أن الفشل كثيراً ما يرجع إلى قلة المهارة فى إنزال الطفل فى أسرة جديدة ، كما قد يرجع إلى عدم ملاءمة أحدهما للآخر وهو السبب الذى يعزى إلى الفشل عادة . وقد اعتبرنا أن مناقشة أساليب إنزال الطفل (أو وضعه أو إيوائه) قبل أساليب الاختبار أمراً جوهريا لأن الشخص يكون قد عانى من إهمال بالغ . ويجب أن نولى الاختيار الآن اهتماماً موجزاً .

مواءمة الطفل مع الأسرة الحاضنة

من المحتمل أن يكون أهم عامل يجب أن تضعه فى اعتبارنا ، عندما نختار أسراً حاضنة مؤقتة ، هو دوافع الوالدين الحاضنين المنتظرين ، وقد أكدنا أهمية ذلك أيضاً فى اختيار أسر التبنى الدائم . ومن الطبيعى ، عندما تقوم الخطة على الإقامة المؤقتة ويواصل الطفل الاتصال بوالديه الحقيقين اللذين سيشجعان على زيارته ، أن تكون الدوافع مختلفة عن نظيرتها التى توجد لدى الآباء — المتبنيين ، ولكن يجب على الأخصائية — الاجتماعية أن تتضح لديها طبيعتهما بالتساوى وأن تجد من الممكن أن تطبق نفس الأساليب التى تستخدمها فى الاستفسار . فالأزواج عديمو الأطفال لا يكونان فى العادة العادة مناسبين تماما لأن يكونا والدين حاضنين مؤقتين . إذ أن من المحتمل أن يصبحا شديدى الرغبة فى التملك ، كما أن النجاح أكثر شيوعاً بين الآباء الذين يكون أطفالهم قد قطعوا شوطاً فى النمو . ومن ناحية أخرى ، نجد أن الآباء — الحاضنين الذين تجاوزوا الستين من عمرهم يقل احتمال نجاحهم عمن يصغرونهم . ولكن ربما كانت الحاجة إلى اختيار آباء حاضنين يستطيعون العمل فى اتصال وثيق بالأخصائية الاجتماعية ولا تحول كبرياؤهم الزائد بينهم وبين طلب العون

أو تلقيه ، أكثر أهمية من تلك المعايير .

ومع هذا ، فبالإضافة إلى مشكلة ما إذا كانت أسرة حاضنة معينة ستستخدم كلية ، هناك أمر هام وهو مواءمة الطفل ووالديه الحاضنين . وقد أشير إلى أنه كان من الممكن تجنب قدر كبير من مصاعب الإيواء أثناء الحرب لو أن العلاقات الإنسانية المتضمنة فى الإقامة قد نالت من التفكير ما نالته العلاقات الإدارية .

ونذكر من بين المواقف الملائمة فى الأسر الحاضنة ما يلى :

(ا) وجود أطفال آخرين فى المنزل وخاصة أخوة الطفل المحتضن وأخواته . وقد وجد أنه من الهام فى حالة الفتيات اللائى تجاوزن الثانية عشرة بصفة خاصة أن يقمن بين أطفال آخرين .

(ب) فرق أربع سنوات أو أكثر (فى أى من الاتجاهين) بين الطفل المحتضن وطفل الوالدين الحاضنين الخاص من نفس الجنس .

(ج) يؤتى إنزال الطفل المحتضن مع طفل من الجنس المقابل ولكنه فى نفس العمر ، نتائج طيبة .

(د) يحسن أن ينزل الأطفال العصبيون القلقون فى أسر من النوع التقليدى ؛ بينما يكون من الخير للأطفال النشطين العدوانيين أن يستمتعوا بحريتهم بين أسر حرة مع رفاق لهم ، ولو أن هذا النوع يثير أينما يوضع صعوبات شديدة .

وتتضمن المواقف الواجب تجنبها ما يلى :

(ا) كلما كان الطفل كبيراً كلما قلت صلاحيته للأسرة الحاضنة . ويصدق هذا بصفة خاصة على من تجاوز الثالثة عشرة من الأطفال .

(ب) لا يناسب صغار الأطفال (ما دون العاشرة) الأباء الحاضنين المسنين (من تجاوزوا الخامسة والأربعين) .

(ج) يؤدى تقارب الطفل المحتضن من طفل الوالد — الحاضن فى السن

وتماثلهما فى الجنس إلى نشوء الاحتكاك . إذ أن مثل هذا الطفل يكون محط تفكير دائم لما يؤديه كقرين فى اللعب ، بينما لا ينال من التفكير لشخصه إلا قليلا ويحتمل كثيراً بالإضافة إلى هذا أن تنشأ مواقف الغيرة والمنافسة أكثر مما لو اختلفا فى الجنس والسن .

(د) لقد وجد فى كثير من الأحيان أن الفروق الكبيرة فى مستويات المعيشة والطبقة الاجتماعية بين الأسرة الحاضنة والأسرة الحقيقية ، قد تسبب صعوبة للطفل وإحداث الغيره والضغينه فى نفس الوالد الحقيقى .

(هـ) من الخطأ البالغ أن نضع أطفالا بلغ بهم سوء التوافق مبلغاً كبيراً بين أسر حاضنة قبل أن يكونوا قد قطعوا شوطاً طويلا فى طريقهم إلى الشفاء . وكثيراً ما وجد أن وضع مثل هذه الحالات يؤدى إلى الفشل ، وخاصة بين الأطفال الذين يفصح القلق لديهم عن نفسه فى الوقاحة والعدوان . أما النوع (المغلق) من الأطفال فيكون أكثر توفيقاً . وقد أوردنا هذه الاستنتاجات المحدودة كمرشد عملى وكتوضيح لما يمكن تأكيده أو اكتشافه بالدراسات المسيحية الغلمية الدقيقة .

ويذكر أحد الملاحظين فى نذرلاندز Netherlands ما يلى عن الأطفال الذين درسهم .

« لقد ظهر أنه رغم إحسان الاختيار والإعداد لكلا الطفل والوالدين فإن ٢٠٪ من الأطفال قد عانوا من صعوبات التوافق فى الأسرة الجديدة .

وقد لوحظت الصعوبات بصفة خاصة على من لم يكونوا قد اتصلوا فى طفولتهم المبكرة بعائلتهم ، أو لم يقيموا علاقة قوية بأمهاتهم » .

وهؤلاء بالطبع هم الأطفال الذين منوا بحرمان بالغ وهؤلاء قد سبق مناقشة حالاتهم فى الجزء الأول من ذلك الكتاب .

وقد وجد غير المتخصصين صعوبة كبيرة فى السنوات الأخيرة فى تقبل ما ذهب إليه أخصائيو الصحة العقلية ، من أن جزءاً كبيراً جداً من الأطفال الذين

يتطلبون رعاية غير متوافقين انفعالياً . فقد شكوا من أن أطباء العقل وزملاءهم يرون الاضطراب حيث لا يوجد . ويحتجون بأنه فى أية حالة من هذا النوع إذا ما نال الأطفال الرعاية والعطف فإن الزمن كفيل بحل مشاكلهم . ولا يمكن أن نؤكد تأكيداً تاماً أن من نالوا تدريباً فى الصحة العقلية لا يشاركون فى هذا التفاؤل . والحقيقة أنه فى وقت السلم ، يحتمل أن يكون الطفل الذى يحتاج إقامة طويلة مختل التوافق بقدر ما لا يحتمل أن يكون كذلك ، وأنه ما لم يفطن إلى سوء توافقه وما لم توضع خطط (إيوائه) على الوجه اللائق، فإن من المحتمل أن تبدأ عملية الانتقال من أسرة حاضنة يفشل فى الاستقرار فيها ، إلى أخرى . فالأمهات الحاضنات لا يستطعن أن يمنحن الرعاية المشوبة بالحب للطفل لفترة طويلة ما دام يفشل كلية فى الاستجابة لها .

ورغم أنه من المتفق عليه بصفة عامة أن رعاية الأسر — الحاضنة ، تفضل بصفة عامة ، إلى حد كبير على الرعاية الجمعية ، إلا أن عدم ملاءمة بعض الأطفال للأسر الحاضنة يجعل من الضرورى خصهم بالرعاية الجمعية . لذلك خصص الفصل القادم للمبادئ التى يجب أن نقوم عليها تقديمها .

الفصل الثالث عشر

الرعاية الجماعية

يمكننا الآن أن نعتبر أننا قد انتهينا من الجدال حول مزايا الأسر الحاضنة والرعاية فى المؤسسات إلا أنه رغم عدم وجود من ينصح برعاية الأطفال فى جماعات كبيرة — والحقيقة أن الجميع ينصحون ضد استخدامها بشدة . لأسباب ستتضح لقارئ الجزء الأول من هذا الكتاب — فهنالك اتفاق واسع حول قيمة المؤسسات المتخصصة الصغيرة فقد وجد أنها تحسن خدمة الأنماط التالية من الأطفال :

(ا) الطفل الذى ساء توافقه سوءاً بالغاً ، والذى لا يستطيع أن يقيم علاقات مثمرة بوالديه الحاضنين حتى يتحسن . ويناقش الفصل القادم تنظيم مراكز العلاج لمثل هؤلاء الأطفال .

(ب) المراهقون الذين لم يعودوا يعتمدون على الرعاية اليومية الشخصية ، والذين لا يقبلون بسهولة أن يقوم الأغراب حيالهم بدور والدى ، لأنهم يستطيعون أن يحتفظوا فى سهولة بعلاقة انفعالية بوالديهم الحقيقيين ، حتى فى غيابهم . ويستثنى من ذلك المراهق الذى يترك المدرسة ليبدأ عملا ، والذى يمكن ، كجزء من عملية كسب العيش والنمو ، أن يستقر فى سهولة بين أسرة حاضنة .

(ج) الأطفال الذين تجاوزوا السادسة أو السابعة من عمرهم والذين يحتاجون إلى رعاية قصيرة فحسب .

(د) الأطفال الذين يشعر والداهم بالتهديد لما يقوم بين أطفالهم وبين الوالدين الحاضنين من علاقة ، والذين قد يحتاج والداهم إلى فترة قبل أن يقررا ما إذا كانا سيستردا أطفالهما أو يتركونهما فى أسرة حاضنة .

(هـ) الجماعات الكبيرة من الإخوة أو الأخوات التى يمكن ، مالم يحدث ذلك ، أن نتشتت بين عديد من دور الحضانة (الأسر الحاضنة) . ومن الحالات الهامة التى تستثنى من مبدأ إبقاء المجموعات العائلية معاً ، حالة الرضع وصغار الأطفال الذين لا يستطيعون فى مثل هذه الظروف أن يحصلوا على الرعاية الفردية الأساسية التى يحتاجونها مالم يكن الدار الذى يقيمون فيه صغيراً جداً .

وقد ظهرت فى السنوات الأخيرة كتب كثيرة حكيمة تتناول المبادئ الواجب اتباعها فى تنظيم مؤسسات الأطفال مما لا يستوجب مناقشتها طويلا هنا . وقد أجمعت جميعها على أن المؤسسات يجب أن تكون صغيرة — ويؤكد تقرير كورتيس Curtes أنها يجب ألا تزيد عن ١٠٠ مائة طفل — حتى يتسنى لها تجنب النظم والأحكام التى لا يمكن تجنبها فى الهيئات الكبيرة ، وأن تسمح للأطفال بالتردد على المدارس المحلية وأن يسهموا بحكمة فى الحياة فى المجتمع المحلى دون أن يطغوا عليه . كما أجمعوا جميعاً ، كذلك ، على حاجة الأطفال إلى الانقسام إلى جماعات (أسرية) صغيرة من مختلف الأعمار ومن كلا الجنسين ترعى كلاً (منهم) ربة المنزل كما يفضل آن يوجد كذلك ربا للمنزل ، وهو نظام لا يشجع على نمو شىء من الجو الانفعالى العائلى ، فحسب ، بل يسمح كذلك ببقاء الإخوة والأخوات معاً ليوفروا لبعضهم البعض الراحة والمساندة . (وليس هنالك ما هو أخطر وأكثر إحداثاً للدمار فى الصحة العقلية من النظام الذى لا يزال شائعاً ، والذى يقسم الأطفال حسب العمر والجنس ومن ثم يمزق الأسر المكونة من إخوة وأخوات) فالجماعات « الأسرية » يجب أن تظل صغيرة ويوصى تقرير كورتيس Curtes بثمانية كمثل أعلى واثنى عشر كحد أعلى . وفى ظل هذه الظروف فحسب يصبح من الممكن قيام نظام فردى وغير رسمى مبنى على العلاقات الشخصية ، بدلا من القواعد « أو الأحكام » التى لا تخلق علاقات شخصية . ويجب أن يكون معروفاً ، رغم هذا ، أنه حتى فى مثل هذه الظروف المواتية نسبياً يظل من الصعوبة بمكان تجنب بعض خواص

المؤسسات غير المرغوب فيها – مثل الأنظمة الرسمية ، والاحتكاك الشخصى بين أعضاء الهيئة الفنية وأساليب أخرى تبعد الجو عن الجو الاجتماعى المعتاد . فالمرونة والاعتراف بالفروق الفردية يحتمل أن يفقدا بسهولة عن هذا الطريق ، كما لا تتاح للأطفال إلا أقل الفرص ليشاركوا فى خلق الظروف التى يعيشون فيها وفى هذا القضاء على روح المبادأة ورفع المسئولية تأثير سيء فى الحياة فى المؤسسة وينصح للتغلب على هذا ، باستخدام دار يكون فيه متسع للأكواخ أو الأماكن المتفرقة ، وهو ترتيب يمكن وصفه كذلك بأنه دار كبيرة لحرفة (لمهنة) الحضانة . ولهذا تقوم السلطات المحلية فى إنجلترا بتكييف أزواج من المنازل (أو الشبه) منعزلة المعتادة فى مقاطعات الإسكان الجديدة لهذا الغرض ، وتقيم على رعاية كل منها زوجين . ويخرج الزوج لعمل وتشرف الزوجة على المنزل ويخالط الأطفال أطفال الناحية ، وتقلل الفروق بين حياتهم وحياة الأطفال العاديين بقدر ما يمكن . ويحتاج هذا النظام ليكتب له التوفيق ، إلى والدين حاضنين ممتازين قادرين على تحمل قدر معقول من المسئولية ، ويجب أن نؤكد أن ذلك أمر لا يسهل تحقيقه . أما إذا لم تتوفر هذه الصفات فى الوالدين الحاضنين ، واستخدمت – كما هى العادة – أمهات حاضنات غير متزوجات فقد تكون مجموعات الأسرة الصغيرة Kottage Homes أكثر صلاحية ، طالما أنها تمنح المزيد من المساندة وسواء طبق هذا النظام أو ذاك ، فإن من الممكن تقديم خدمات مركزية معينة إقتصادا فى الجهد والتكاليف ، إلا أنه يجب أن نتذكر أنه بتقديمها نواجه خطر انتزاع الكثير من حرية الاختيار الشخصى من بين يدى الأمهات الحاضنات ، فمثلا إذا قدم المركز (أو الرئاسة ، أو الإدارة) السلع الاستهلاكية (أو المؤن) فلن تكون ثمة حاجة إلى شراء الطعام أو اختياره ، وهما جانباً هامان من الحياة المنزلية . فلا بد إذن من التوفيق بين الحاجة إلى التوفير والرتابه (أو الآلية) التى تنتج عن قيام الإدارة المركزية بالكثير من التنظيم والتباين الذى يلازم ازدياد العمل نتيجة ترك الكثير للوالدين الحاضنين .

ويجب على الوالدة الحاضنة – ضمن ما يجب عليها من أشياء أخرى – ألا تحاول الاستحواز على الأطفال ، بل يجب عليها أن تشجع والديهم على زيارتهم حتى ترتقى علاقات الأطفال بوالديهم . ومن المعترف به الآن حاجة الأمهات الحاضنات إلى التدريب ، وضرورة وضع عملهن على أسس مهنية . كما أن من الهام أيضاً إيضاح دورهن وعلاقته ببقية الأخصائيين الفنين – مثل الأخصائى الاجتماعى والطبيب العقلى وغيره – حتى يصبح من الممكن إنجاز عمل الفريق على الوجه الأكمل . ويجب أن تكون المناقشات المنتظمة الخاصة بالأطفال الذين تحت رعايتهم جزءاً معترفاً به من واجبهم (أو عملهم) ، ويجب تشجيعهم على مناقشة مشاكلهم من المستشارين فى الطب العقلى ، الذين يجب تدريبهم ، بالطبع ، على هذا العمل .

ويجب أن تتضمن الرعاية الطبية للأطفال ، فى المستقبل، رعاية صحتهم العقلية وهنالك حاجة إلى مزيد من التجارب فى هذا المجال (أو الصدد) فى ملاحظة التغيرات التى تطرأ عليهم فى الطول والوزن ، التى قد تثبت أنها وسيلة لها قيمتها فى اكتشاف الاضطرايات الانفعالية لدى الأطفال الذين يبدو أنهم مستقرون سعداء . وهذه الاضطرابات الخفية التى كثيراً ما يكون لها دلالة طبية عقلية خطيرة ، تشيع فى المؤسسات ويؤكد جميع من نالوا تدريباً فى الصحة العقلية ما ينطوى عليه سلوك الأطفال من خداع وتضليل ، وخاصة إذا كان يقوم على الطاعة السلبية للسلطات .

ويميل أطفال المؤسسات إلى تنمية معاير خلقية مزدوجة ؛ طاعة خارجية للنظم ، ومعيار داخلى قد يكون جانحاً جنوحاً كلياً ، ولكنه لا يعلن عن نفسه مؤخراً . ويأتينا من شيكاغو مثال لذلك : فعندما طالت إقامة الأطفال فى المؤسسة ، وبدوا طيبين مؤدبين ، وزعوا على دور الحضانة ، واتضح أنهم يخافون الاتصالات الشخصية الوثيقة ، وبدا أنهم يفضلون الحياة فى فراغ انفعالى . وتجنبوا (الفصل فى الأمور) وأغضبتهم الاقتراحات الاستقلالية ، وبالغوا فى

مطالبهم المادية . ومن المهم أن يُعرف أن هذه السمات غير اللائقة ظهرت عندما تركوا المؤسسة فقط . بينما كان كل شيء يبدو على ما يرام عندما كانوا بداخلها، على الأقل لذوى النظرة السطحية .

وهنالك تقرير مشابه عن اختيار مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين السادسة والثامنة . ولم يكن من بين من يقومون على إدارة المؤسسة التى يعيشون فيها من يعتبر أحداً منهم يعانى أى شكل من الانحراف . ورغم أن الانطباع الأول عنهم كان يبدو مبشرا بعض الشيء — إلا أنه كان يبدو أن لديهم قدراً غير عادى من الروح الجماعية — إلا أن الفحص الأعمق بين أنهم يعانون من نقص كامل فى القدرة على التكيف . وكانوا يعانون كما هو مألوف بين أطفال المؤسسات — من تعطش إلى اللعب وكانوا يلحون على الإمساك بأيدى الكبار . ورغم ذكائهم المرتفع ، إلا أنهم لم يكونوا قادرين على إدراك الزمن ، والمسافة ، والأشخاص ، كلية . فنحن هنا فى الحقيقة ، بإزاء شخصيات مريضة جامدة العاطفة ، تنكرت خلف قناع من السواء ، فقد تربوا — كما يمكن أن نتوقع — فى المؤسسة منذ سن مبكرة .

وهذا يعود بنا إلى الموضوع الرئيسى لهذا الكتاب — رعاية الرضع وصغار الأطفال .

دور الحضانة للإقامة الدائمة

لا زالت الفكرة القائلة بأن الظروف المؤسسة ليس لها وزن فى حالة الرضع الرضع وصغار الأطفال شائعة ، لسوء الحظ ، لذلك كان من الهام أن نذكر أنه لا يوجد من بين من تلقوا تدريبا فى الصحة العقلية من يؤيد هذا الرأى الذى ليس له ما يدعمه . بل إن الجميع يعارضونه بشدة . ونجد فى كتابات جميع هؤلاء الأخصائيين النفسيين وأخصائى الطب العقلى ممن قاموا بالبحث فى المشكلة تقارير واضحة فى هذا الصدد . وقد نوقش الموضوع قديماً فى سنة ١٩٣٨ فى

« عصبة تقرير الأمم League of Nations Report مناقشة عامة ، وذكر الصعوبات التى تعانيها المؤسسات فى رعايتها « . . الرضع والصغار جداً من الأطفال (ممن) يبدو أنهم يتفتحون ويترقون بسرعة وقوة فى ظل الرعاية الفردية وفى جو من المحبة العائلية ». لذلك كان من المؤسف أن نجد بعد انقضاء ثمانية سنوات على ذلك، وبعد أن توفر لنا الكثير من المعرفة العلمية ، لجنة كورتيس تنادى بدور حضانة دائمة لجميع الأطفال حتى اثنى عشر شهراً ولكبار الأطفال ممن لا يزيدون عن عامين ونصف ومن لم يوضعوا بعد ضمن مجموعة عائلية » . ومن الجلى أن علينا أن نعتبر هذا خطأً جسيما فى تقرير تقدمى بعض الشيء . وإن لنا شديد الأمل فى ألا تتبع هذه التوصية سواء فى بريطانيا أو غيرها . وإن من المرضى أن نجد السياسة الرسمية لمكتب الولايات المتحدة للأطفال United States Children's Bureau تعارض دور حصانة الإقامة الدائمة residential nurseries ، بينما ، تحبذ رعاية الرضع وصغار الأطفال فى دور التبنى .

ولا يمكن أن نؤكد تأكيداً شديداً . أن دور الحضانة للإقامة الدائمة ، إذا ما توفرت خير إرادة فى العالم ، لا تستطيع أن تزود الرُضع وصغار الأطفال بالبيئة الانفعالية المواتية . وليست هذه مجرد فكرة تمليها النظريات ، بل هى فكرة لها وزنها لأخصائيين عمليين مرموقين فى مختلف البلدان . فمثلا نجد أن السيده بيرلنجهام Mrs.Burlingham والآنسة ا .فرويد Miss Freud قد وصلتا إليها فى إنجلترا نتيجة خبرتهما فى إدارة دار للحضانة للإقامه الدائمة أثناء الحرب. وقد كانتا تأملان ، فى بداية الأمر ، فى حل المشكلة ، ولكنهما ازدادتا اعتقادا بمرور الوقت ، فى الآثار السيئة للحرمان من الأم وصعوبة تقديم رعاية بديلة فى مثل جو المؤسسة . واستنتجا فى نهاية الأمر أنه كان لا بد من وجود معاونين كثيرين إذا ما أريد للرضع وصغار الأطفال أن ينالوا رعاية مستمرة من أم بديلة دائمة، وهو ما بينت ملاحظاتهما أهميته الجوهرية حتى إنه كان من الخير أن يرتب لكل مساعدة أخذ طفلين معها فى المنزل ورعايتهما وتغلق دار

الحضانة . وقد وجد الإخصائيون المجربون أيضاً فى الولايات المتحدة ودول الشمال من خبرتهما الشخصية أن من الأوفق رعاية صغار الأطفال رعاية فردية من أن يتم ذلك فى دور للحضانة .

وليس السبب الذى يدعو إلى عدم كفاية الرعاية الجمعية للرضع وصغار الأطفال دائماً هو استحالة تزويدهم بالرعاية الأموية المناسبة والدائمة ، فحسب ، بل الصعوبة البالغة فى إتاحة الفرصة لعدد من الصغار ليساهموا فى الحياة اليومية للجماعة بقسط إيجابى ، وهو أمر له أهمية قصوى بالنسبة لترقيهم الإجتماعى والعقلى . بل إن الأم حتى فى أسرة بها طفلان أو ثلاثة . دون الخامسة ترعاهم طوال الوقت ، يبلغ بها الجهد أقصاه إذا ما سمحت للأطفال (بمعاونتها) فى المهام اليومية من إطعام وغسيل وارتداء الملابس وتنظيف وغير ذلك . أما إذا زاد عددهم ، فإن مما لا مفر منه ، تقريباً ، أن يحال بين الأطفال وبين هذه الألوان من النشاط ، وأن ينتظر منهم أن يكونوا هادئين مطيعين . إن الطفل فى المؤسسة لا يمكنه أن يسهم فى التيار اليومى لحياة الأسرة ، كما لا يحظى باتصال اجتماعى مستمر مع الكبار . وتكشف الاستجابات المتوالية من بلادة وعدوان سافر عما يمكن أن يؤدى إليه ذلك من إحباط ، ولا يستطيع من لم تتح له خبرة توقفهم على ما يمكن أن يحدث فى مثل هذه الظروف أن يصدق بسهولة مبلغ ذلك .

ولا زالت السياسة القومية ، لسوء الحظ ، فى كثير من البلدان ، تغض بصرها عن دور الحضانة للإقامة الدائمة ، محاولة أحياناً أن تقلل من آثارها السيئة بتنظيمات ربما قد تكون خيرا من لا شىء ، ما دام هنالك دور حضانة قائمة .

ويجب – تجنبا لأسوأ الآثار – أن يقسم المساعدون الأطفال فى دار الحضانة إلى جماعات أسرية صغيرة ثابتة ؛ يفضل أن يكون لكل منها زوج من الحجرات للنوم والأكل واللعب . ويجب تزويد الأطفال بالكثير من اللعب

وإتاحة الكثير من الفرص لهم ليحتفظوا لأنفسهم ببعضها . وقد أصبح الفحص الطبي الآن ـ وخاصة ضد الأمراض المعدية الشديدة الانتشار ، أمراً مسلما به ولكننا نأمل أن هذا الفحص سيشمل فى المستقبل رعاية الصحة العقلية . كما يجب أن يكون من الإجراءات المألوفة أن يجرى على الأطفال فى دور الحضانة اختبارات نفسية فى فترات منتظمة وبصورة متكررة ، كما يحدث فى تسجيل درجات حرارتهم . ولو كانت مثل هذه الاختبارات مستخدمة ، لأمكن ، على الأقل ، معرفة أى ضرر نفسى يلحق (بالأطفال) بدلا من أن يبقى المسئولون فى جهالتهم ، كما هو الحال الآن ، مؤكدين فى تواضع أن الأطفال على خير ما يرام ؛ قد تستطيع نتائج مثل هذه الاختبارات المنتظمة أن تتعجل اليوم الذى ينظر فيه إلى دور الحضانة للإقامة الدائمة نظرة تختلف عن اعتبارها سياسة دولية حكيمة تؤدى إلى الصحة العقلية ، فيما عدا الحالات الطارئة المؤقته .

دور الدراسة أو مراكز الملاحظة

أحس جميع المهتمين برعاية الأطفال خارج أسرهم الخاصة بالحاجة إلى معرفة الطفل معرفة شاملة إذا ما أريد له أن ينال الرعاية الحقة . إلا أن هنالك اختلافاً ، رغم ذلك ، حول كيفية الحصول على هذه المعرفة .

إن هنالك مدرستين فكريتين رئيسيتين : تقول أولهما أنه يجب أن يكون هنالك مراكز للملاحظة الدائمة وتقول الثانية أن خيرا للعمل أن يجرى على أساس العيادة الخارجية وقد قبلت دولتان أوروبيتان هما السويد والمملكة المتحده ، الحل الأول ، مع سياسات داخلية أو قومية لرعاية الأطفال الذين لا أسر لهم . أما هيئة رعاية الطفل بإستكهلم The Child Welfare Board of Stockholm فقد نصت على أن يمر جميع الأطفال الذين يحتاجون رعاية حاضنة بمركزهم الكبير الذى أنشىء سنة ١٩٣٨ ، والذى يضم أيضاً الأطفال الذين يلحقون لفترات قصيرة تتم الملاحظة والتشخيص فيه خلال إقامة بعض الأسابيع أو

الأشهر بمساعدة أخصائى متفرغ فى الطب العقلى للأطفال وعدد من مدرسات رياض الأطفال المدربين على طرق اللعب . وقد تبنت المملكة المتحدة فى السنتين الآخيرتين بصورة رسمية هذه السياسة ، وكان مما دفعها إلى ذلك الخبرةالسويدية .

وهنالك كثير من أخصائى التدريب فى الطب العقلى فى كل من السويد والمملكة المتحدة يعتقدون أن السياسة التى تلزم جميع هؤلاء الأطفال بالمرور على مركز للملاحظة ، هى خطأ كبير . ويأخذ بهذه النظرة الكثيرون من ذوى الخبرة بالموضوع فى الولايات المتحدة . ويعتقد هؤلاء الذين يأخذون بهذه النظرة المعارضة أولا ، أن من الخير للطفل ألا يعانى خبرة غير مستترة لا مفر منها ، وثانياً ، أن إجراء التشخيص يمكن أن يتم بنفس الشكل أو بشكل أحسن (بأساليب العيادة الخارجية ويجب أن يكون السؤال الأول الذى نوجهه هل يمكن القيام بتشخيص دقيق فى ظل ظروف العيادة الخارجية ؟ فإذا كان ذلك ممكناً ، فإن من الواضح أن تكاليف وجهد إقامة مراكز الملاحظة يصبح لا مبرر له — ويعتقد الكثيرون من أخصائى الطب العقلى للأطفال والأخصائيين الاجتماعيين من ذوى الخبرة أنهم يستطيعون ذلك .

ويقول طبيب عقلى للأطفال فى بوسطن Boston له خبرة واسعة بالمشكلة يمكن دراسة الحالات المعتادة على خير وجه فى العيادات الخارجية بالاستعانة بتاريخهم العائلى ؛ كذلك وصل إلى نفس هذه النتيجة أحد الاخصائيين الاجتماعيين للأطفال بكلفلاند Cleveland بعد أن لاحظ ما ينطوى فصل الدراسة عن العلاج من اصطناع . والأثر المقلق لدور الدراسة . كما قامت إحدى الهيئات البارزة فى شيكاغو أخيراً بإغلاق مركز ملاحظتها نتيجة للخبرة : فقد وجدوا أن أكثر المعلومات فائدة ، ما كان متضمنا فى التاريخ الاجتماعى الذى يأخذه الأخصائى الاجتماعى الماهر ، ويمكن أن يضاف إليه الفحص النفسى والعضوىالذى يتم فىالعيادة الخارجية . وهم يعتقدون أن المعلومات

التى تحصل عليها الأخصائية الاجتماعية مباشرة ، عن سلوك الطفل فى منزله خلال علاقته بها أثناء جولة خارجية قصيرة لهذا الغرض أكثر ثباتاً فى تنبؤها عما سيصير إليه الطفل ، مما تزودنا ، به ظروف مركز الاستقبال .

ومن الصعوبات التى تواجهنا ، بالطبع إذا ما أردنا الوصول إلى تشخيص ، هى أن نقرر ما إذا كان السلوك المشكل أو الأعراض العصابية استجابة لظروف راهنة سيئة ، أم أنها قابعة من قبل فى ثنايا شخصية الطفل .

ومن الممكن أن نسير فى حلنا لهذه المشكلة — بالإضافة إلى فحص الطفل نفسه — فى خطين مختلفين :

(ا) أخذ تاريخ مفصل لسلوكه وأعراضه فى جميع المواقف المعروفة فى الحاضر والماضى (فى المنزل والمدرسة ومع الأقارب ومع الوالدين الحاضنين ... إلخ) ولخبراته الشخصية مع الكبار ، وخاصة الوالدين .

(ب) إبعاده عن منزله (أسرته) ووضعه فى بيئة جديدة تماماً ويعتبر ذوو الخبرة أن الطريقة السابقة أكثر ثباتاً ، ذلك أنها تطرق مزيجاً أوسع من المعلومات . كما أن الطريقة الثانية ، بالإضافة إلى ذلك ، تنطوى على بساطة خداعة يمكن أن تؤدى إلى تضليل خطير ، طالما أننا نعرف جيداً أن الأطفال يكونون أكثر استعداداً للسلوك بطريقة غير مميزة فى المواقف الغريبة . ويصدق هذا بصفة خاصة على ما دون الخامسه من الأطفال ، كما تعرفه كل مدرسة بمدارس الحضانة ويعتمد السلوك فى جماعة العمر هذه على عوامل مثل مساحة المكان، وشخصية الكبار وعدد الأطفال الآخرين وعمرهم وجنسهم : فقد يكون الطفل فى أحد الأيام بالغ التعاطف فى إحدى الجماعات ، ثم يصبح بالغ العداء فى اليوم التالى مع خليط مختلف من الأفراد ؛ ومن الأكيد أن الأطفال يتأثرون ، بالإضافة إلى ذلك ؛ بالمواقف التى يجدون فيها أنفسهم فى وقت ما ، أو توخياً للدقة ، التى يعتقدون أنهم فيها ، وهى قد تكون شديدة الاختلاف ومن العسير اكتشافها .

ويميل الملاحظ غير الخبير إلى التمسك تمسكاً شديداً بالاعتقاد بأن ما اعتاد أن يراه لدى الطفل له أهمية قصوى . فقد يكون قد شاهد تومى يضرب طفلا آخر ثلاث مرات ، ومن ثم فهو ولد عدوانى . كما أن ماري تقضى الساعات جالسة بمفردها فى أحد الأركان ، ولذلك فهى طفلة تميل إلى العزلة . ويمكن طبعاً أن تكون مثل هذه الإستنتاجات صادقة ، إلا أن من المعروف أنها غالباً ما تكون من الزيف بحيث لا تستوجب فحص قيمة الملاحظات جميعها التى تتم فى هذا المحيط المصطنع .

وهنالك أيضاً خطر أن تصبح الإقامة فى مركز الاستقبال أو الملاحظة فى نظر الإداريين حلا سهلا سريعاً للصعوبات العائلية ، وينقل الأطفال دون داعى نتيجة ذلك من أسرهم . ويمكن أن تصبح بهذا بديلا سيئاً للبحث الاجتماعى الشامل ودراسة حالة الأسرة . وهذا ، بلا شك ، خطر بالغ . والحقيقة أنه من المتحمل أن يكون الاعتقاد فى ضرورة انتشار مراكز الملاحظة قد نما ، بسبب الإفتقار إلى الخدمات الاجتماعية وتوجية الطفل الوجهة الكافية فحسب . وبالإضافة إلى ما تقدم ، يجب ملاحظة خطر ما يمكن أن تؤدى إليه الإقامة فى مركز للملاحظة من أثر سيء على الطفل ووالديه . وقد اهتم أطباء العقل فى استوكهلم بأن يجدوا أن بعض الأطفال الذين يقيمون (يقضون فترة) فى مركز ملاحظة المدينة يظهرون علامات الاستشفاء عند وصولهم إلى أسرهم الحاضنة . ويذكر (يقرر) مركز الرائد فى كنت England, Kent .

« إن نقل الأطفال من منازلهم ولو لفترة قصيرة للبحث ، يمكن أن يكون له أثر مضاد على علاقته بوالديه ، وخاصة عندما يكون نقله عقب أزمة عائلية ، يمكن أن تكون قد أثارت فيه العداوة حيالهم أو الإحساس بنبذهم له . »

ويحتمل بالطبع أن تضر هذه الخبرات بالأطفال دون الخامسة والسادسة بصفة خاصة .

ويؤكد التقرير محقاً أن « أى محاولة مجدية لطمأنة الطفل يجب أن تكون

قائمة على فهم مخاوفه وأحزانه الخاصة ، التى قد يجد هو نفسه صعوبة فى معرفتها معرفة جلية . كما أنه يؤكد أهمية الحاجة إلى « اتصال مبكر ووثيق بقدر ما يمكن بين الطفل والأخصائية الاجتماعية ، أو الموظف الذى سيعامل معه بعد تركه المركز . »

ولسنا بحاجة إلى القول بالأهمية الجوهرية ، فى جميع هذا ، للصراحة المطلقة مع الطفل فيما يتعلق بموقفه وبمستقبله . ورغم هذه الأساليب الوقائية جميعها ، إلا أنه من الصعوبة بمكان أن نجعل من الإقامة شفاء وبناء ، وليس مجرد فترة أخرى من عدم الاستقرار والقلق . ولن ينسى الأثر السيئ على الوالدين فنقل الطفل لا يشجع الروابط الأسرية والإحساس بالمسئولية .

ورغم أننا قد نستنتج أن مراكز الملاحظة غير ضرورية للغالبية العظمى من الأطفال ، وخطر على الأطفال دون الخامسة ، إلا أنه ستظل دائماً أقلية صغيرة تحتاج إلى رعاية عارضة (مؤقتة) للبحث . فهناك الأطفال الذين لا أسر لهم على الإطلاق ، أو الذين يستحيل العثور لهم على تاريخ كاف معقول ، وهى ظروف يغلب أن توجد معا . وقد ازدادت فى الولايات المتحدة الأمريكية مزاولة وضع هؤلاء الأطفال فى دور حضانة مؤقتة تختار خصيصاً لهذا الغرض . وتتزايد الفرصة فى مثل هذه الظروف فى الوصول إلى حكم معقول على قدرة الطفل على إقامة علاقات مع والدين بديلين ، وبالتالى على التنبؤ بالارتقاء . ويهتم بعض الآباء الحاضنين وخاصة من لهم أطفال ، بهذا العمل الخاص الذى يجب بالطبع أن يكافؤا عليه مكافأة مجزية .

ومن الأصوب أن يوضع الأطفال الذين يعانون بوضوح من اضطراب انفعالى بالغ فورا فى أحد مراكز علاج الحالات العقلية للأطفال ، التى تحتاج جميع البلدان للمزيد منها . أما الأطفال الذين تقرر المحاكم أنهم فى حاجة إلى الرعاية والحماية فخير لهم — عادة — أن يلاحظوا أثناء إقامتهم فى منازلهم . فأسبوع آخر أو أسبوعين فى ظروف غير مواتية (أو ملائمة ، لا يحتمل أن يحدث

اختلافاً فى مستقبلهم (بالطبع ما لم يكن محتملا أن يكون الوالدان نزاعين إلى الانتقام) . وسيؤدى انتقال مرسوم يمر بسهولة إلى ظروف أخرى إلى إقامة ناجحة ويجب أن تقاوم عجلة الموظف الغضوب ونفاذ صبره .

ومن المحتمل أن يكون الصبي الكبير أو الفتاة الذى يكون جانحا وخطرا على نفسه وعلى الآخرين فقط هما اللذان فى حاجة حقيقية إلى مراكز للملاحظة .

وخلاصة القول إذن ، أن الرعاية الجماعية ذات الإقامة الدائمة ، يجب تجنبها دائماً بالنسبة لمن دون السادسة ، وأنها تناسب الأطفال القصيرى الإقامة بين السادسة والثانية عشرة ، وللمراهقين القصيرى الإقامة والطويلى الإقامة نوعاً كما أنه لا يمكن الاستغناء عنها فى حالة الكثير من الاطفال السيئ التوافق ، الذين يتناول الفصل القادم رعايتهم .

الفصل الرابع عشر

رعاية الأطفال المرضى ومختلى التوافق

رعاية الأطفال المختلى التوافق

هنالك ثلاث جماعات من الأطفال يحتاجون رعاية طبية عقلية خاصة خارج منازلهم .

(ا) هؤلاء الذين يعانون من خلل فى قدراتهم العقلية ، ممن أبعدتهم عن أسرهم هيئات قانونية أو طبية أو اجتماعية ، لأسباب يقتضيها العلاج ، أو للحيلولة بينهم وبين إيذائهم للآخرين . وقد تكون مثل هذه الأشكال ضعف قدرات الأطفال نتيجة ظروف أسرية سيئة ، وقد لا تكون كذلك .

(ب) حالات كتلك التى وصفناها فى الفصل السابق ، ممن تسببت خبراتهم فى المؤسسات ودور الحضانة فيما يعانونه من خلل فى قدراتهم العقلية أو اضطرابات نفسية .

(ج) هؤلاء الذين كانت اضطرابات قدراتهم نتيجة خبرات تفتقر إلى السعادة فى أسرهم الخاصة ، سببا فى حاجتهم للرعاية — مثل القسوة ، وتفكك الأسرة ، والإهمال العاطفى .

وتتكون المجموعتان الأولى والثالثة ، كما سنرى ، من حالات جد متشابهة ينظر إليها من خلال وجهتى نظر مختلفتين : وتتوقف الفئة التى ندرج فيها هذه الحالات على ما إذا كنا نؤكد أولا سوء توافق الطفل ، أم عدم صلاحية الأسرة (المنزل) .

وقد سبق أن ذكرنا أن الإخصائيين كانوا يميلون ، فى السنوات الأولى من حركة رعاية الطفل إلى إبعاد الأطفال عن أسرهم فى بساطة ويسر حتى أن

سمعة الحركة بأسرها قد ساءت فى بعض الأوساط بسبب هذا الخطأ ، إلا أن هذه الأساليب فى طريقها إلى التغير الآن . فكثير من الباحثين الثقات يعتبرون اليوم إبعاد الطفل الملجأ الأخير ، والاعتراف بالفشل . فإن ما لا يستطيعه الإبعاد فى حد ذاته ، هو أن يحل الصراع الانفعالى المسئول . وكثيراً جداً تكون نتائج مثل هذه السياسة إخفاء المشكلة الحقيقية وخلق مشاكل جديدة بل إن هناك ، بالإضافة إلى ذلك ، نتيجتين ممكنتين فقط : فإما أن ينالوا رعاية طويلة ، ومعروف أنها عسيرة وباهظة التكاليف ، أو أن يعود الطفل إن عاجلا أو آجلا إلى نفس الظروف التى جاء منها . وكثيراً جداً ما تبوء هذه الاعتبارات البعيدة بالتجاهل تحت ضغط إغراء استخدام طريق ، قصير بسيط نسبياً . أما إذا كان لدى الإخصائية الاجتماعية ، أو الطبيب أو القاضى خطة طويلة حكيمة للطفل ، فيمكن فقط (عندئذ) السماح بنقله من أسرته توخياً لمصلحته . أما بدون مثل هذه الخطة فإن نقلة يعنى مجرد خلق لطفل محروم آخر .

وحتى لو توخينا الحذر الشديد فى إبعاد الأطفال عن أسرهم ، واستحدثنا أساليب أحسن بكثير للحيلولة دون اختلال توافق الأطفال ، فإننا سنظل فى حاجة إلى سنوات كثيرة حتى نستطيع رعاية الكثير من الأطفال المضطربى التوافق خارج منازلهم ورغم أنه من الممكن معالجة الكثير ممن يعانون من صعوبات أقل وضوحاً ، بل وحتى بعض الجانحين فى دور الحضانة ، إلا أن هنالك اتفاقاً كبيراً ، على أن غالبية الشخصيات الأكثر عدواناً والجانحة يجب معاونتها أولا على تحقيق توافق إجتماعى أصلح . فكيف يمكن عمل ذلك ، وما هى شروطه ؟

وسيكون ومن الضرورى أن تكيف نظم الإقامة إذا ما أردنا رعاية جميع الأطفال من مختلف الأعمار ومختلف الإضطرابات ولن يفعل هذا الكتاب أكثر من وصف مبادىء عامة معينة يجب اتباعها عند التعامل مع الأطفال فى سن السادسة وما بعدها .

فأولا ، تنطبق جميع الشروط التى وصفت للمؤسسات بصفة عامة . فيجب تقسيم الأطفال إلى جماعات صغيرة ، يستحسن أن تقيم فى أكواخ ، منفصلة ، أو مساكن ، مع رب وربة المنزل الخاص بهم . وأحياناً تجمع الأكواخ مع بعضها على هيئة قرية ؛ وفى أحيان أخرى توزع فى مساحات محددة . ولكل خطة مزاياها والميزة الرئيسية فى خطة الترتيب الموزع أن كل مأوى أو كوخ يستطيع أن ينمى طريقته الخاصة فى الحياة وفق شخصيات ربات المنزل دون أن يعقد الأطفال المقارنات المحرجة .

أما فيما يتعلق باختلال الجنسين ، والمزج بين مختلف الأعمار ، فإن هنالك قدراً غير قليل من الاختلافات فى الأساليب المتبعة الممارسةفهنالك ميل إلى الفصل بين صغار الأطفال والمراهقين فى حالة الأطفال السيئ التوافق ، وكذلك الفصل بين الجنسين بمجرد بلوغ المراهقة ، وعلى أية حال فهذه التقسيمات موضع خلاف . إلا أنه ليس هنالك اختلاف فى الرأى حول حجم الجماعة فالجميع يجمعون على أنها يجب أن تظل صغيرة . ويحتمل أن أنسب حجم يتوقف على سن الأطفال الذين يجرى من أجلهم هذا العمل إلى حد بعيد .

والمبدأ الصحيح أنه كلما كانالأطفال أصغر كلما كان العدد أقل . ولا يوصى فىأية حالة ، أحد من المهتمين فنياً أن يزيد العدد عن حوالى ستة عشر طفلا فى كل كوخ ، حتى فى حالة المراهقين ولا يمكن الموافقة على خمس وعشرين كحد أقصى كما أوصت وزارة الصحة البريطانية على أساس خبرة بيوت زمن الحرب للأطفال المشكلين . ويعتبر مثل هذا العدد متجاوزاً الحد إذا ما أردنا القيام بعلاج ينتهى إلى الشفاء ، ما لم نقسمه ، بالطبع ، إلى جماعات فرعية لكل جماعة والد ووالدة خاصين بها .

ويجب أن يظل الأطفال مختلوا التوافق — كما هو الشأن عند الأسوياء — على الاتصال بوالديهم ، وذلك باستقبالهما زائرين ، والذهاب لزيارتهما للمنزل أثناء العطلات ، وهنالك ، أيضاً ، (علاوة على ذلك) نفس الحاجة إلى دراسة

حالة الوالدين — وهى حاجة تقابل بالإهمال بكل بساطة وإلى خطة طويلة الأمد ينظر إليها بعين الاعتبار ، والتروى ، ويشارك فى رسمها الطفل ووالداه .

ونظراً لضرورة العمل مع الوالد والطفل معاً عن قرب ، يجب على مراكز العلاج أن تأخذ الأطفال من مسافة معقولة من المركز ، وهذا يعنى أنه يجب توزيع مثل هذه المراكز عبر المجتمع توزيعاً واسعاً .

ويجمع الجميع على أن نجاح المركز أو فشله يعتمدعلى شخصيات ربى المنزل ونورد هنا كلمات حكيمة عن اختيارهما :

إننا نجد أن طبيعة التدريب السابق والخبرة لا يجديان كثيراً إذا ما قورنا بالقدرة على تمثل الخبرة ، والتصرف فى أصالة وبطريقة تلقائية مع وقائع الحياة وعلاقاتها . ولهذا أهمية قصوى ، فهؤلاء الذين يثقون بأنفسهم فيطلقونها على سجيتها ، ويتصرفون بطريقة طبيعية ، هم وحدهم الذين يستطيعون التصرف فى ثبات يوماً إثر يوم . وعلاوة على ذلك ، يفرض الأطفال الذين يفدون على البيوت اختباراً قاسياً على الأوصياء بحيث لا يستطيع أن يجوز عقباته إلا هؤلاء الذين يستطيعون أن يكونوا على سجيتهم .

ولكن رغم أن كاتبى هذا ووزارة الصحة البريطانية أيضاً يميلون إلى اعتبار التدريب والخبرة السابقة ذا أهمية ثانوية ، ويحتمل أن يكون ذلك لأنه حتى هذا الوقت لم يكن هنالك ثمة تدريب ذو فائدة كبيرة للعمل الواجب أداءه . وإذا تبينا أن العمل الواجب أداته هو إقامة علاقات إنسانية ناجحة مع أطفال اضطربت قدراتهم على أداء ذلك اضطراباً كبيراً ، اتضحت الحاجة إلى تدريب ربى الأسرة عمليا ونظرياً على سيكولوجية العلاقات الإنسانية ونمو الطفل. ويجب بكل تأكيد ، أن يصبح هذا العمل مهنة — كما أصبح التمريض مهنة — وأن يكتسب جميع الأخصائيين الكفاية فى مبادىء ومزاولة الصحة العقلية . وبمثل هذا التدريب ، فحسب ، يمكن أن نتوقع منهم تقبل الأعراض الثلاثة التى يجب عليهم جميعهم أن يفهموها — العدوان ، والحزن ، والسلوك

الطفلى – وأن يكتسبوا المهارة التى تمكنهم من مواجهتها . ولا يجب أن يفهم ربا المنزل هذه الأشياء فحسب ، بل يجب أن يكونا قادرين على تعليمهما لهيئة منزلهما ما دام أنه يتعين أن يتبع الجميع مبادىء مماثلة فى كل وحدة صغيرة أن للعلاقات بين الأطفال وهيئة المنزل أهمية كبرى .

فحاجة الأطفال إلى اختبار هيئة البيت ليروا ما إذا كانوا طيبين فعلا وأنهم يستطيعون فعلا التغاضى عن عدوانهم وشرهم والتحكم فيهما ، قد نوقش على النحو الآتى :

إن كل طفل يظل دائماً يختبر هيئة المنزل وبقدر ما يحسه من انعدام الثقة وما يحسه من فقدان الأمل لافتقاده أسرته الخاصة وأحياناً بقدر إدراكه لعدم كفاية هذا المنزل أثناء إقامته فيه ، كما يختبر والديه . وهو قد يفعل ذلك مباشرة أحياناً ، ولكنه فى معظم الأوقات يقنع بأن يدع طفلا آخر يقوم له بهذا الاختبار والشىء الهام فى هذا الاختبار أنه ليس شيئاً يمكن جوازه أو مواجهته . فيجب دائماً أن يكون هناك شخص يحدث المشاكل . وكثيراً ما يقول أحد أعضاء الهيئة « لولا تومى Tommy لسارت الأمور على ما يرام » إلا أن الحقيقة أن الآخرين لا يستطيعون أن يظلوا على ما يرام إلا إذا كان تومى هو الذى يثير الشغب ويثبت لهم أن المنزل يستطيع الصمود أمام امتحان تومى وأنه لذلك يستطيع بالتالى أن يواجه امتحانهم أيضاً » .

ومن الشائع والمعروف أنه يجب أن يمنح ربات المنزل حق الاختيار بين قبول أو رفض طفل ما ، بسبب هذا الضرب من السلوك وبسبب العلاقة الشخصية العميقة اللازمة . فليس من الممكن منح الطفل علاقة شخصية متسامحة إزاء سلوك دائم الإشكال وبالإضافة إلى هذا ، يجد كل ربى – منزل أن من معالجة نوع معين من الإشكال أيسر عليهما من علاج آخر . ولهذه الأسباب ، فإن سياسة تنظيم الجماعات فى بيوت (ادور) ، والسماح لكل دار بأن يكون مختلفاً قليلا عن غيره لها ميزات كثيرة مما يجعلنا نوصى بها .

ولقد كتب الكثير عن أساليب النظام فى هذا النوع من مراكز العلاج وهناك إجماع على أنه يجب أن تكون الأساليب غير مقيدة بل متحررة نسبياً، وأن تقوم أساساً على العلاقات الشخصية الوثيقة بين الكبار والأطفال بدلا من العقوبات والقواعد التى لا تقوم على علاقات شخصية . وكثيراً ما تثبت الأساليب الديمقراطية التى يلعب فيها الأطفال دوراً كبيراً فى ضبط الجماعة جدارتها ، ولكن لا يجب الاعتقاد بأنها كافية فى حد ذاتها ، بل يجب مراعاة حدود عديدة فى استخدامها ، فأولا لا يمكن دفع نمو الحكم الذاتى فى الطفل ، بل يجب بناؤه خطوة خطوة ، بمعاونة راشدين ماهرين فى العمل الجماعى . ثانياً ، لا يستطيع الأطفال دون الحادية عشر ممارسة الحكم الذاتى ، إلا فى البسيط من الأمور . ولا يجب تعريضهم للفوضى (أو الجهد المضنى) الذى يحتمل أن ينجم إذا ما حاولنا ذلك . وربما يكون من الممكن عمل شيء من هذا القبيل على مدى واسع فقط ، عندما تتضمن الجماعة عدداً من الأطفال يتجاوزون الرابعة عشرة ثالثاً : لا نجد لدى الأطفال الذين تعرضوا للحرمان من الخبرة الأسرية المبكرة الكافية ، الإمكانيات الداخلية اللازمة التى تمكنهم من المشاركة فى الحكم الذاتى فالحكم الذاتى ليس إذا علاجاً عاماً ، إلا أنه يصبح ذا فائدة عظيمة إذا ما أحسن تقويمه .

أما فيما يتعلق بالتعليم ، فإن من المرغوب فيه أن يذهب الأطفال إلى المدارس المحلية العادية ما أمكنهم ذلك ، إلا أنه يجب أن يكون معروفا كثيراً منهم يكونون على قدر من الاضطراب الانفعالى بحيث لا يفيدون من ذلك ولا يناسبهم مثل هذا التعليم . ويجب فى هذه الحالات إقامة مؤسسات على هذا الأساس ، وهى بالطبع أسهل من إقامتها إذا كانت المراكز أو الأكواخ متجمعة كقرية عما إذا كانت متفرقة .

ويلزم فى هذا الصدد ، كما يلزم فى غيره ، قدراً طيباً من المرونة ، فجهاز الإدارة الجامد الذى يفصل بين المدارس والبيوت لا يكون مناسباً .

العلاج

تحدثنا عن الأصول العامة لرعاية الأطفال المضطربى التوافق، ممن يتجاوزون السادسة أو السابعة ، رعاية جماعية . فماذا عن العلاج .

إن له ثلاثة جوانب :

(ا) استخدام الجماعة الاجتماعية بأسرها لشفاء الأطفال .

(ب) إقامة علاقة خاصة بين الطفل وأحد أعضاء الهيئة .

(ج) القيام بعلاج فردى أو بتوجيه .

ولقد كتب المهتمون بإقامة مجتمعات الحكم الذاتى الكثير عن المنطقة الأولى وهى ذات أهمية خاصة للمراهقين الذين لم يبلغ اضطرابهم حداً بعيدا . ولقيمة الجماعة جانب آخر يتجلى فى الطريقة التى يستطيع بها الأطفال مساعدة الوافد الجديد ، بسلوكهم ، على الوصول إلى تفهم بسلوكه وتخيلاته معاً . وكثيراً ما لا يثق الطفل المضطرب انفعالياً فيما تعبر عنه الكلمات من أشياء ، إنها خبراته بما يدور فعلا داخل الجماعة التى تنتهى به إلى الشفاء .

ومن المحتمل أن يتفق الجميع على أنه بالرغم مما يمكن أن تحدثه العلاقات بالأطفال الآخرين من شفاء ، إلا أن علاقاته بالكبار هى التى يقع عليها العبء الرئيسى فى العلاج . ويؤيد بعض الأخصائيين قيام رب ــ المنزل بالعلاج ويفضل آخرون ، ويحتمل أن يكونوا الغالبية ، أن يقوم بهذا أخصائيون مختلفون . وفى الحالة الأخيرة تقوم بالعلاج الأخصائية الاجتماعية التى تناولت الحالة منذ البداية ، والتى بالتالى قد أقامت علاقات مع الطفل ووالديه معاً . ويمكن أن تبدأ فى منح الطفل مثل هذه المساعدة قبل أن يكون قد غادر أسرته (منزله) ويمكن أن تواصل العلاج بعد عودته ، وهى خطة لا يحتمل أن تكون لدى ربة المنزل الحرية فى اتباعها . وهى بعملها هذا تسهم باستمرار فى السياسة مما له الأهمية الكبرى .

ويدور الجدال فى جميع الدول فى الدوائر الطبية حول العلاج الذى يقوم به أخصائيون من غير الأطباء ، ورغم أن هنالك من ينتقدونهم إذا قاموا بذلك ، إلا أن من الممكن القول أنهم قد دعموا مواقفهم . وهؤلاء الأطباء العقليون الذين أتيحت لهم خطوة فعلية فى العمل مع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بهذه الطريقة لا يختلفون حول قيمتهم ، وإن كانوا يؤكدون الحاجة إلى تدريبهم وإلى قيامهم بالعمل فى تعاون وثيق مع طبيب خبير مدرب فى العلاج النفسى .

ويمكن أن تتغير علاقة الطفل بالشخص القائم بالعلاج وبربة المنزل باختلاف كل نوع من أنواع السلوك غير المتوافق — كالتباعد ورفض الاتصال ، والعدوان ، والتمسك بالأساليب الطفلية ، أو خليط منهم ، والتباعد هو أخطر الثلاثة ، أما التمسك بالأساليب الطفلية فهو أبعثهم على الأمل ، إذ أن الحاجة الأساسية التى قد كبتت نتيجة للإحباط هى الاعتماد البالغ على الأم والحاجة إلى الوجود دائماً بجانبها — وباختصار هى الحاجة إلى رعاية الأم ، وما إن يصبح الطفل قادراً على أن يثق بصورة الأم (بديلتها) بالقدر الكافى الذى يسمح له بالتعبير عن حاجته إلى العودة إلى علاقة طفلية ، حتى تكون خطوة كبيرة قد تمت ، وإن كان سلوكه يبدو إذ ذاك لغير المختص أمراً يستحق الأسف وقد أجاد أخصائيان بريطانيان وصف معنى هذا العلاج ، وكانا مسؤولين عن منازل المهاجرين أثناء الحرب :

كان الأطفال الذين يصعب قيادهم ، فى غالبية الحالات ، ممن لم يحظوا بأسرة مرضية خاصة بهم ، أو ممن عانوا من تفكك أسرهم ، أو أنهم كانوا ممن ينوء كاهلهم — قبيل الإجلاء — بعبء الإقامة فى أسرة يحدق بها خطر التفكك . لذلك لم يكن ما يحتاجونه بدائل لأسرهم الخاصة ، بقدر ما يحتاجون خبرات أسرية أولية ، من نوع مرضى ونعنى بالخبرة الأسرية الأولية الخبرة ببيئة مكيفة بمطالب الرضيع والمطالب الخاصة بالطفل الصغير ، التى لا يمكن بدونها قيام أسس الصحة العقلية . ولا يستطيع الطفل أن يقيم علاقة مجدية بالواقع الخارجى

بدون شخص يهتم بصفة خاصة بمطالبه ، كما لا يستطيع الطفل أن يعرف مطالبه الجسمية بدون شخص يمنحه الأشباع الغريزى المرضى ، كما لا يستطيع أن يطور شخصيته متكاملة، كما لا يستطيع ، بدون شخص يحبه ويكرهه أن يعرف أنه يكره نفس هذا الشخص ويحبه معاً، ومن ثم لا يظهر لديه الإحساس بالإثم ، والرغبة فى الإصلاح والتعويض . ولا يستطيع بدون بيئة مادية وإنسانية محدودة يستطيع معرفتها ، أن يعرف مدى فشل أفكاره العدوانية فى التدمير فعلا ، وبالتالى لا يستطيع أن يعرف الفرق بين الحقيقة والخيال . وبدون الأب والأم المقيمين معاً ، واللذان يحملان مسئولية مشتركة عنه ، لا يستطيع أن يجد وأن يعبر عن رغبة فى فصلهما ، ولا أن يحس بالراحة لفشله فى ذلك . إن الترقى الانفعالى فى السنوات الأولى معقد ، ولا يمكن تجاهله ويحتاج كل طفل احتياجاً قاطعاً إلى قدر معين من البيئة المواتية إذا أريد له أن يمر فى المراحل الأولى الأساسية فى تطوره .

ويتاح للأطفال فى سكا (S.L.a) فى السويد الفرص للتعبير عن السلوك الطفلى البالغ ، مثل تناولهم طعامهم بأسره من زجاجة الرضاع للأطفال ويصف بعض الملاحظين الأمريكيين نفس الجو السمح مع نفس النتائج المبشرة وهم يذكرون بشىء من التفصيل تاريخ حالتى طفلين تعرضا لحرمان بالغ فى طفولتهما المبكرة وارتدا إلى سلوك طفلى قبل أن يتحسنا — طفل فى العاشرة من عمره ربى فى مؤسسات مختلفة ، وحاول الانتحار ، وبدأ بعد عدة أسابيع يسالك سلوك طفل صغير حيال ربة — منزله .

فقال لها فى لهجة الأطفال « ماما تغسل لى يدىّ ، وتحضر لى جوارب نظيفة » . وكان يسألها أن تساعده فى ارتداء ملابسه وأن تطعمه بالملعقة . وقد سُمح له بممارسة هذه العلاقة الطفلية البدائية بالراشدين وبعد ذلك بشهرين تخلى عن الأسلوب الطفلى فى الحديث والرغبة فى تناول طعامه بالملعقة تلقائياً ، وظهرت جوانب جديدة فى علاقته بربة — منزله ، إلا أنه ارتد بعد ذلك مرة

أخرى لفترة قصيرة ، واكتشف هذه المرة زجاجة طفل رضيع وتناول منها طعامه . وهذه العملية التى تقوم على الارتداد إلى الأساليب الطفلية حتى يعاود من جديد إنماء العلاقات الأولية على أساس جديد سليم يستغرق وقتاً ، لذلك كانت الإقامة فى مراكز العلاج مسألة تستغرق سنوات لا أشهر . ويجعلنا هذا نواجه مرة أخرى الحاجة الماسة لمنع هذه الظروف من أن تنشأ .

وأخيراً ، يجب أن نتناول المشكلة الكبرى ، مشكلة مواجهة الأطفال الذين اختل توافقهم اختلالا شديداً ، بين الثالثة والسادسة من العمر والذين لا يمكنهم أن يظلوا بين أسرهم . وواضح أن الرعاية الجماعية لا تناسبهم . وربما كان الحل هو إقامة مجموعات من أسر (منازل) صغيرة ، حيث تستطيع الأمهات الحاضنات الماهرات أن ترعاهم ، فى أسر صغيرة من طفل أو طفلين ، أثناء علاجهم . وهذا بلاشك باهظ التكاليف ، إلا أن الكسب الذى يقابل إنفاق هذا المال فى العلاج فى هذه السنوات المبكرة لهو أعظم بكثير من إنفاقه فى أى سن آخر لذلك كان من أكثر السبل حكمة استغلاله فى ذلك الوقت . والحاجة ماسة إلى تطور هذا المجال وترقيه . لذلك نأمل أن يجذب المؤسسات التى تستطيع تبنيه .

* * *

رعاية الأطفال المرضى

من الواضح أن جميع مبادئ وقاية الأطفال من الحرمان تنطبق بالتساوى على أصحاء البدن ومرضاه . إلا أن هذا لم يحظ إلا بأقل اهتمام بين أعضاء المهنة الطبية ، ولا زلنا نستطيع أن نجد حالات من الحرمان البالغ فى مستشفيات الأطفال . حقاً إن أطباء الأطفال المرموقين فى كثير من البلدان على وعى بالمشكلة إلا أن التخلف فى الإصلاح كبير ، والأخطر من ذلك أن بعض الأطباء وإن كان عددهم فى تناقص لا زالوا على غير وعى بأهمية الأمر .

وقد قدم سير جيمس سبنس Sir James Spence فى كتابه رعاية الأطفال فى المستشفى The care of children in Hospital صورة حية لما يناله الأطفال فى عنابر المستشفى من حرمان ، يبلغ فى سوئه ما نجده فى أسوء المؤسسات الكبرى التى يحكم الجميع الآن بعدم صلاحيتها . وهو يتناول بصفة خاصة عزلة الأطفال وانعدام الهدف بينهم وشكهم وغموض الموقف فى أذهانهم عند ما تطول إقامتهم بالمستشفيات . ويشير إلى خدماته فى جمعية كورتيس قائلا : Curtes

كان على أن أنصت إلى الكثير من الأدلة ، من رجال ونساء ، قضوا كثيراً من طفولتهم ومراهقتهم فى هذه المؤسسات . حيث يسترجع الشهود الأذكياء ذوى الحساسية ذكريات الأحلام المزعجة وساعات ليالى الشتاء الطويلة التى كانت تؤرقهم فى مراهقتهم ، وحياتهم التى لم يكن لها هدف . ومستقبلهم الغامض المبهم . وكانوا يأخذون دروسهم كل يوم ، ويلهون بالزعف ، إلا أنه لم يكن هنالك صلات وثيقة بينهم وبين أحد يستطيع أن يشرح لهم معنى مرضهم ، أو أن يشجعهم بما يرسم لهم من خطط للمستقبل إن الخطأ يكمن فى شكل معظم هذه المستشفيات التى تطول فيها الإقامة ، وفى تنظيمها ، فقد أسرفوا فى الاعتقاد بأنها مؤسسات طبية ، وبالغوا فى ترتيبها وكأنها عنابر مستشفيات » .

فما هى الحلول ؟ كما هى العادة ، يجب أن يكون أولها بقاء الأطفال بين أسرهم ما أمكن ذلك . ويكتب سير جيمس Sir James فى هذا الصدد قائلا :

لقد أجريت تجاربى فى الرعاية الأسرية ، وفى علاج الأطفال فى المصابين بسل إيجابى فى النصف الأسفل من الجسم ، وعلاج الأطفال الذين أقعدتهم التشويهات والعاهات . والمصابون بالأمراض المزمنة التى تتطلب ملاحظة وفحصاً متكررا . وأقتنعت من هذه التجارب أنه كثيراً جداً ، وببساطة جداً أيضاً ، يتقرر بقاء الطفل فى المستشفيات لفترة طويلة » .

وقد أيد رجال الطب فى ميدلسكس Middlesex لعدة سنوات علاج صغار الأطفال المصابين بالسل فى منازلهم ، ويعتقدون أن ذلك يؤتى بنتائج أفضل مما لو أرسلوا إلى المصحات . ويمكن أن نستشهد فى هذا الصدد بالارتقاء الملحوظ فى الرعاية المنزلية للمرضى المزمنين الذى أحرزته مستشفى منتفوار Montefoire فى نيويورك . فقد بدأت هذه المستشفى فى علاج عدد من المرضى فى منازلهم مساوياً للعدد الذى تعالجه فى عنابرها ، وقد نظمت لهذا الغرض قسما كبيراً من هيئتها الطبية ، وممرضاتها ، وأخصائياتها الاجتماعيات ، ومعدات ترسل على سبيل العارية (الاقتراض) وأدوات النقل الآلى وخدمة منزلية . ويقرر المدير الطبى أنه قد أصاب نجاحاً كاملا ، مع ما له من قيمة خاصة للمريض وأسرته ، ذلك أن المريض يستطيع أن يسهم فى حياة الأسرة العادية رغم ما يفرضه عليه مرضه من قيود . ولا تزيد تكاليف رعاية الفرد فى اليوم أكثر من ٢٥ ٪ منها فى المستشفى . ورغم أن عدد من عولج من الأطفال كان قليلا نسبياً ، لأنها لم تكن أساساً مستشفى خاصة بالأطفال ، إلا أن نفس المبادئ تنطبق . فحقيقة أنه طالما كان جميع الأطفال تقريباً يجدون راشد يرعاهم فى المنزل . تعنى أن خدمة مدبرة المنزل ، وهى جزء أساسى من الرعاية الطبية المنزلية لكثير من الراشدين ، وخاصة النساء (تصبح) أقل أهمية . وهذا العمل التجديدى من جانب مستشفى منتفوار Montefoire قد يؤدى إلى ثورة كبيرة فى أعمال المستشفيات ، وهو عمل سيكون من وجهة نظر وقاية الأطفال من التعرض للحرمان ، أهمية قصوى .

ويمكن ، فى تلك الحالات التى يجب فيها إحضار الأطفال إلى المستشفى ، عمل الكثير لتخفيف الصدمة الانفعالية . أما فى حالة الأطفال دون الثالثة ، فقد أيد سير جيمس سبنسر منذ وقت طويل بقاء الأم مع طفلها ما أمكن ذلك .

« وقد عملت فى ظل هذا النظام لعدة سنوات (فى المستشفيات Newcastle-upon-Tyne وأعتقد أنه جزء لا يمكن التنازل عنه فى التمريض فى

وحدات الأطفال. كما أنها ليست فكرة ثورية. فالأمهات تقمن، إلى حد كبير، بتمريض الجزء الأكبر من الأطفال المرضى فى منازلهم . ورغم أن التمريض لا يناسب جميع الأمراض ، إلا أن غالبية الأطفال دون الثالثة يفيدون منه . فالأم تعيش مع طفلها فى نفس الحجرة . فهى لا تحتاج إلى راحة ، وإن احتاجت فإلى أقلها ، ذلك أن حاجة الأم إلى النوم تنخفض إلى قرب الصفر عند ما يكون طفلها مريضاً بالفعل . فهى تقوم على غذائه وترعاه وتحنو عليه، وتوفر له أسباب الراحة ، سواء بوضعه على وسادته أو على ركبتيها وتسارع الممرضة بالمساعدة ، والقيام بفنون العلاج للطفل ولهذا النظام أربع مزايا . فهو للطفل ميزة ، وللأم ميزة فعانانها هذه الخبرة كما أن الأم تكون فخورة بالنتيجة فخرنا بها . »

ويتزايد قبول هذا التنظيم بين أطباء الأطفال . وإننا لنأمل أن تُنشأ جميع مستشفيات الرضع وصغار الأطفال الجديدة (بناء) على هذا المبدأ ومن حسن الحظ أن كثيراً من الدول المتخلفة اقتصادياً لم تتخل أبداً عن هذا الترتيب الطبيعى

ويجب بالطبع أن يكون المتيسر الحصول على خدمة مدبرة المنزل لرعاية بقية الأطفال الذين قد يتركوا فى المنزل ، وإذا لزم ذلك .

ويمكن إعداد الأطفال الأكبر سناً ، الذين يجب إدخالهم المستشفى ، لإقامتهم بها فتصاحبهم أمهاتهم ، ليقمن بتغير ملابسهم لهم ، وإرقادهم فى أسرتهم ، ومصاحبتهم حتى يناموا . وليس هنالك أسوء من أن نروى للطفل قصة خرافية ، ربما عن حفلة ، ثم يتبع ذلك إختفاء الأم المفاجئ ، تاركة الطفل فزعاً ، صارخاً ، أو صامتاً بين يدى شخص غريب ، ويجب تشجيع الوالدين على زيارة الطفل بانتظام (وقد وجد لحسن الحظ ، أنها لا تؤدى إلى زيادة العدوى) ما دامت لا تؤدى فقط إلى زيادة سعادة الأم وإحساسها بما تحملته من مسئولية عن شفاء طفلها تقيم بينها وبين طفلها علاقة وتخلق فيها ثقة فى نفسها تتكشف مزاياها فى المستقبل كما أنها ميزة للممرضات اللائى سيتعلمن الكثير

باتصالهم بخير هؤلاء النساء ، لا عن معاملة الطفل ، بل عن الحياة نفسها كما أنها ميزة يفيد منها بقية الأطفال فى الجناح الذين يتاح لهم مزيداً من الوقت لرعايتهم » .

ويوجد فى نيوزيلاند New Zealand وحدة لجراحة البلاستيك (Plastic surgery) للرضع وصغار الأطفال ، هيئات (زودت) خصيصاً بحجرات استقبال بها أسرة لتستطيع الأمهات أن يمرضن أطفالهن بأنفسهن . ورغم أن الغرض الرئيسى من ذلك كان منع انتشار العدوى ، وقد نجح تماماً ، إلا أن له قيمة كبيرة للأمهات والأطفال جميعاً .

« لقد كانت حاجة هؤلاء الرضع إلى رعاية الأم أكبر من حاجتهم إلى المهارة فى تمريضهم ، فهم يكونون أكثر سعادة مع أمهاتهم ، وأكثر رضى زيادة على أنهم يتلقون مزيداً من الانتباه الدائم ليلا ونهاراً ، كما أن له ونجاح عملية جراحية لطفل يشعر بالاطمئنان والرضى أكثر احتمالا بدرجة كبيرة كذلك إحساسه بالأمن أثناء وجوده فى المستشفى ، بل وتخفض كذلك الاضطراب الانفعالى بعد عودته . ويحتاج الأطفال فيما بين الثالثة والسادسة إلى زيارات متكررة ، يومياً إن أمكن . أما من هم أكبر سناً فيستطيعون ، إذا لزم الأمر ، أن يتحملوا فترات أطول بعض الشيء . وقد وجد أن من الخطأ فرض ساعات رسمية للزيارة . إن من الخير ، بدلا من ذلك ، أن نشجع الأمهات على الزيارة المتكررة العارضة ، ربما أثناء قيامهن بشراء ما يلزمهن وأن يقمن فترات قصيرة بعض الشيء ، ويسمح لهن أثناءها بالقيام بإطعام أطفالهن واستحمامهم وتقديم الهدايا الصغيرة لهم . ومع أن من الواجب أن نعتبر اتصاله بوالديه مبدأ أولياً فى رعاية الطفل نفسياً ، إلا أن من الممكن عمل أشياء أخرى كثيرة من أجله . فيمكن تعيين ممرضات لأطفال معينين ليعنين بهم على كل وجه ممكن ، حتى يستطيع كل طفل أن يحس أن له علاقة آمنة مع شخص حقيقى . ويمكن أن نجعل العنابر صغيرة ، حتى يمكننا أن نجعل الأطفال يحسون كما لو كانوا فى

منازلهم ، وأن نفرض نظاماً سهلا يسيراً ، مما يستحيل إقامته بشكل ودى مع جماعات كبيرة من الأطفال . ويجب أن يتوفر بين المسئولين إدارياً عن مستشفيات الأطفال مزيداً من الفهم الواسع لسيكولوجية الطفل ، كما يجب أن يكون هنالك شخص مسئول عن تحقيق الاحتياجات الانفعالية لكل طفل . أما فيما يتعلق بالنظام ، فنادراً ما يكون للعقاب ضرورة إطلاقاً ، إذا ما توفر للممرضات الوقت والمعرفة ليبحثن الموقف كما يجب وإذا لم يركبهن الخوف من السلطات العليا . فيصبحن ظالمات ميالات للتحكم والنشوة . وسنكون للتجارب فوائدها فى تنظيم الهيئة الفنية والاطفال فى جماعات أسرية . وقد كتب سير جيمس فى توصيات بإصلاح مستشفيات الإقامة الطويلة يقول :

سيكون من الخير لو أقام الأطفال فى جماعات صغيرة فى رعاية ربة المنزل ، وأن يذهبوا من المنزل لتلقى دروسهم فى المدرسة ، وعلاجهم فى مؤسسة للعلاج ولهوهم فى قاعة للهو . ولن يكون ثمة بأس إذا ما تلقت ربة المنزل تدريباً فى التمريض ولكن ليس هذا التدريب ، فى حد ذاته ، المؤهل الذى بمقتضاه ستزاول عملها . أن واجبها أن تعيش بين مجموعة أطفالها وأن تحاول تزويدهم (أو تعويضهم) بما حرموا منه » .

ومن المهم أن نؤكد أن هذه المبادئ تنطبق بقدر متساوى من القوة على دور النقاهة والوحدات العقلية للأطفال معاً . فإذا ما أردنا أن نتيح لصغار الأطفال مزايا النقاهة دون تعريضهم للآثار السيئة للحرمان من الأم فيجب إرسالها إلى دور تقبل الأمهات والأطفال معاً ، كما أوصينا لسبب مختلف من قبل فى هذا الكتاب . ويجب ألا يرسل الأطفال الكبار بعيداً بحيث يستطيع والداهم زيارتهم بسهولة ، كما يجب إذا ما اتفق على تنظيمهم فى جماعات أسرية تحت رعاية ربات — المنزل . وكثيراً جداً ما ما نجد — لسوء الحظ — أن الوحدات (الطبية) العقلية للأطفال منظمة على النمط القديم للمستشفيات ، ذى العنابر الضخمة بالممرات الطويلة التى لا تتيح تنمية علاقات شخصية .

ويجب أن تقام مثل هذه الوحدات في أبنية تشبه المساكن العادية الكبيرة وأن تدار كما تدار البيوت .

وأخيراً ، ندعو القارئ إلى التفكير لحظة فى العمل المذهل المتبع فى عنابر الأمومة — الذى يتضمن فصل الأم عن رضيعها فور ميلاده . ثم ليسأل نفسه عما إذا كان هذا هو السبيل إلى إقامة علاقة وثيقة بين الطفل وأمه . وإننا لنأمل ألا تندفع تلك الدول التى نسميها متخلفة فى تقليد جنون المجتمع الغربى فى هذا المجال .

الفصل الخامس عشر

إجراءات خدمات رعاية الطفل ومشاكل للبحث

تأدية خدمات رعاية الطفل

« إن اهتمامنا ينصب أولا وأخيراً حول الأسرة بوصفها جماعة أولية هامة ، يمثل الطفل — أو كان يمثل — فيها جزءاً » . وأى بناء إدارى يخفق فى إدراك ذلك ، يحتمل أن يسبب من الضرر أكثر مما يسببه من الخير . ويستخلص مؤلفو النص السابق الذين كتبوا فى هذا المجال منذ أكثر من عشرين عاماً ، ما يلى :

إن فشل الهيئات العامة والخاصة ، وكذلك محاكم الأحداث ، ومدارس التدريب . . إلخ فى إضفاء الأهمية اللازمة على حقيقة أنهم يتعاملون مع أفرادهم فى نفس الوقت أعضاء فى أسر ، لهو سبب من أسباب الفشل الذى تنتهى إليه الجهود التى تبذل مع هؤلاء الأطفال .

ولا زال من الحقيقى — لسوء الحظ — أن الافتقار إلى دراسة الحالة دراسة بنائية مع أسر الأطفال المعنيين ، يمثل ضعفاً ملحوظاً . وقد يكون نتيجة ذلك تأخر عودة الأطفال إلى أسرهم ، وقد ينتج الانفصال الدائم بين الوالدين والأطفال وهو أجل خطراً، ولقد نمت فى معظم البلدان الغربية، رعاية الأطفال المهملين والذين لا أسر لهم ، — بالرغم من عدم الاهتمام العام بها — نتيجة (جهود) أناس مخلصين قليلين ، وقد قدم العديد من الهبات الموقوفة أساساً على تقديم الطعام والمأوى للأطفال المهددين بالموت ما لم يسعفوا بذلك . ورغم أن النتيجة جزئية وغير كافية ، إلا أنه لا يجب أن لا ننسى تسجيلها ، ويجب عند نقدنا للطريقة التى كانت تدار بها هذه الهيئات والمؤسسات الكبيرة ، فإن الخدمات المخلصة التى قدمتها عند ما كان غالبية الناس يقفون فى كسل وتراخى يجب ألا تغفل .

وقد رأينا فى السنوات الأخيرة ، رغم هذا ، ميلا واضحاً نحو توحيد الهبات الخاصة الكثيرة والجمعيات وإقامة خدمات من نوع عام ، وقد اتحدت فى الولايات المتحدة الأمريكية جمعيات رعاية الأسرة وهيئات إقامة الأطفال أحياناً مما أفاد كليهما . إلا أن هذا الامتزاج — لسوء الحظ — بين خدمات الطفل إقامته وجمعيات رعاية الأسرة لم يحدث دائماً فى المصالح الحكومية للخدمة الاجتماعية .

فى إنجلترا ، مثلا ، حيث قامت ثورة كبرى فى مؤسسات رعاية الطفل نتيجة تحمل السلطات الحكومية مسئولية الطفل الذى لا أسرة له ، لا زالوا بدرجة ما بمعزل عن الخدمات الأسرية . وهذه هى النتيجة المباشرة التى خرجت بها لجنة كورتيس (Curtis) التى تقبلت الحكومة نصحها المقصور على النظر إلى الأعراض — أعنى النظر إلى الأطفال الذين لا أسر لهم — بينما كانت بنظرتها الضيقة المحددة بمعزل عن دراسة الاضطرابات الاجتماعية الأبعد غوراً . التى تكمن وراء هذه الأعراض . وكانت نتيجة ذلك أن استمر موقف الخلط الذى لا تتحمل ، فيه سلطة واحدة مسئولية واضحة إزاء وقاية الأطفال من الإهمال وسوء المعاملة بين أسرهم ، أو الوقاية من الإخفاق العائلى ولكن تقسيم المسئولية — وهذا ما يعرفه جميع الإداريين معناه الجمود والتوقف عن العمل . وهكذا يكون الدرسان الأولان اللذان نستمدهما من هذه الخبرات هما

(ا) إن رفاهية الأسرة ورفاهية الطفل ليسا إلا وجهين لعملة واحدة ويجب تخطيطهما معاً .

(ب) يجب تحديد المسئولية فى كليهما تحديداً واضحاً وتوحيدهما

وهناك مبدأ ثالث تعرضنا له مرات كثيرة هو :

(ج) إن رعاية الأسرة والطفل مهنة فنية تحتاج مهارة ويجب أن يدرب عليها الأخصائيون تدريباً شاملا .

ويجب أن تكون مؤسسات رعاية الطفل أولا وأساساً مؤسسة ، وتهدف

إلى مساعدة الوالدين مساعدة فنية ، بما فى ذلك الوالدين المشكلين . لتساعدهم على إقامة حياة عائلية مستقرة سعيدة لأطفالهم ، كما يجب تتولى الأم غير المتزوجة بالرعاية ، والمساعدة لتنشأ لطفلها منزلا ، أو لترتب تبنيه . كما يجب أن تساعد الأقارب والجيران على القيام بدور البدائل من حالات الطوارىء وأن تقدم الرعاية القصيرة الأمد فى الحالات الضرورية ، بينما تعمل اثناءذلك على إعادة تجديده الحياة الأسرية السوية ، وأن تقدم — أخيراً — الرعاية الطويلة عند ما يفشل كل ما عداهما من الوسائل . ولن تستطيع المؤسسة تأدية هذا العمل على الوجه الأكمل ، إلا عندما تتوفر لها القوة القانونية والمالية بمساهمة الأخصائيات الاجتماعيات المدربات على القيام بها . أما فيما يتعلق بالهيئة الفنية ، فإنها تتطلب أخصائيين كما تتطلب أخصائيين عاملين general practitioncrs أخصائيين فى مساعدة الأسرة المشكلة حتى تقف على أقدامها ، وأخصائيين فى التبنى ، وأخصائيين فى الرعاية الطويلة . . . وليسوا هؤلاء إلا بعضهم . إلا أنه من الخطأ أن نغالى فى تطبيق التخصص إلى هذا الحد حتى يفقد كل لون من الأخصائيين اتصاله بالآخرين . ذلك أنهم يولون نفس المشكلة الأساسية عنايتهم ، ويعتمدون جميعهم على نفس العلوم الرئيسية ، علوم الاجتماع ، والنفس ، والعلاقات الإنسانية ، فإذا ما عملوا معاً بوصفهم شركاء فى خدمات لرعاية الأسرة والطفل ، أمكنهم أن يحققوا تعاوناً فى الفكر والعمل (أو الممارسة) .

ويمكن أن نشبه السبيل الصحيح فى جميع هذه الجوانب بما اتبعه الطب من سبيل منذ قرون . فقد ظهرت أولا ، مساعدة جزئية للمريض والمحتاج ، لا تتجاوز فى كثير من الأحيان إيواءهم . وبتقدم الزمن اضيف علاج الأمراض العامة . ورغم أن الثورة الكبرى فى الطب لم تقم إلا عند ما عرفت أسباب أمراض معينة ، وأمكن اتخاذ الطرق الوقائية الواسعة حيالها .

ومع أن الطب العلاجى والطب الوقائى لا زال بمعزل عن بعضهما البعض

فى أغلب الأحيان ، إلا أن إدراك الحاجة إلى توحيد الخدمات الطبية يتزايد بدرجة كبيرة بين الأخصائيين الفنيين المدربين فى الطب وما يرتبط به من علوم . ونأمل أن يتبع التقدم فى رعاية الأسرة والطفل طريقاً مشابهاً . ويجدر بالهيئات الخيرية التى تقوم الآن بجزء من هذه الخدمات وخاصة إذا كانت تقوم برعاية الأطفال بمعزل عن أسرهم دون القيام بأى خطوة للحيلولة دون إبعادهم أو إعادة بناء الأسرة ، أن تعيد النظر فى برنامجها وتجديده تجديداً شاملا . ويجب عند تخطيط الخدمات الحكومية ، أن تتناول المشكلة بأسرها وأن تتحمل المسئولية الكاملة فى مساعدة الأطفال داخل أسرهم ، تماماً كمساعدتهم خارجها .

ولقد أكدنا خلال هذا الكتاب أهمية الرعاية الأموية الكاملة للمحافظة على الصحة العقلية . لذلك فإنه من الواضح أن مؤسسات رعاية الطفل ومؤسسات الأسرة فى المستقبل ينبغى أن تكون وثيقة الارتباط ، لا كل بالآخر فحسب ، بل بمؤسسات الصحة العقلية أيضاً ، ذلك أن الأهداف النهائية لثلاثتهم واحدة ، كما أن التشابه بين مناهجهم يتزايد ، وأوجه نشاطهم تتداخل بحيث يصبح الفصل بينهما غير ممكن ، وكل منهم يستطيع مساعدة الآخر مساعدة كبيرة ويجب أن يتعلم أخصائى الصحة العقلية وأخصائية رعاية الطفل أن يعملا معاً . ويتطلب ذلك — ليؤتى ثماره — إحداث كثير من التغيرات فى كليهما . وليس من الضرورى لأخصائى رعاية الطفل أن يكونوا ملمين بأحدث مبادىء الصحة العقلية إلمامهم بمبادئ الصحة الفيزيقية فحسب ، بل يجب أيضاً على أخصائى الصحة العقلية أن يبذلوا جهودهم ليتعلموا أكثر مما يعرفونه عن مشاكل الأسر والأطفال ، وأعمال المهتمين برعايتهم ، وإذا كان الطبيب العقلى ، أو الأخصائى النفسى ، أو الأخصائى الاجتماعى العقلى على دراية حقيقية بالظروف اليومية ، فإنه عند ذلك فقط ، يصبح من المحتمل أن يسدى بنصح مثمر . ولهذا السبب فإن التى تقوم بجهود موفقة هيئات رعاية الأسرة وهيئات رعاية الطفل

هى التى تضم بين أعضاء هيئاتها الفنية ، أخصائيين مدربين فى الصحة العقلية أو التى واتاها الحظ ، والحكمة ، فعينت مستشارين فى الطب العقلى يمنحوا العمل ما يكفى من الوقت والتفكير . و بمثل هذا الجهد التعاونى الدائم فحسب نحو هدف مشترك ، يمكن تطوير الاحترام المتبادل ، والفهم اللازمين للنجاح ومن غير المجدى إرسال بعض الحالات المتفرقة من وقت لآخر ، إلى طبيب عقلى تشغله مشاكل أخرى ، مما يؤدى إلى إشاعة سوء النية بين كلا الجانبين .

بحث أساليب الوقاية من الحرمان الأموى

لا يكاد يوجد موضوع تعرض له الجزء الثانى من هذا الكتاب لا يحوطه ظل من التجاهل ونستطيع أن نجد بصيص من نور هنا وهناك بفضل حالة المريض وبفضل العمل الدؤب الجاد الفردى إلا أن على الباحث أن يتخبط معظم الوقت فى الظلام ، ، لا يقوده إلا إذا كان محظوظاً ، نظريات أحكم صياغتها الأخصائيون الملاحظون وإن كان ينقصها الإثبات . إما إذا ساءت الظروف فإنه يتخبط بين التقاليد المتبلورة والتعصب العقيم .

وليست هذه هى الظروف التى تؤدى إلى الوسائل الاقتصادية والمجدية للوقاية من الحرمان فى الطفولة ، كما أنها ليست الظروف التى أدت إلى تقدم العلم الشقيق ، الطب الوقائى . ولن يكون هنالك تقدماً ملحوظاً فى الصحة العقلية الوقائية يقاس بالتقدم فى التطعيم ضد الدفتريا أو التحكم فى الملاريا ، إلا عن طريق بحث مدعم منظم يستمر فترة طويلة وفى بلدان كثيرة.

ورغم أن الكثير من هذا البحث سيكون بالضرورة مرتبطاً بمزايا وعيوب الأساليب العملية المختلفة، إلا أن هنالك نظريات أساسية معينة بحاجة إلى الاختبار ، أولها أن قدرة الكبار على القيام بواجب الأبوة أو الأمومة ـــ تتوقف إلى حد كبير على ما تلقوه من رعاية والدية فى طفولتهم فإذا ما ثبت ذلك معها وثبتت معها القضية المرتبطة الأخرى : إن الأطفال المنبوذين (أو المهملين)

يصبحون عند ما يكبرون آباء نابذين لأبنائهم ، فإن فهم المشكلة سيتقدم كثيراً . فإذا ما ثبتت صحة هذه النظرية ، فإنها ستبسط تبسيطاً كبيراً فهم مجال كبير من السلوك ، الذى يبدو — بدون ذلك — معقداً تعقيداً لا أمل فيه ومتناقضاً . وهذه النظرية الأساسية فى فهم اختلال التوافق فى الزواج ، والآباء المشكلين ، والإباحية الجنسية والبنوة غير الشرعية ، وجميع ما يصاحبهم من إهمال ونبذ للأطفال .

إلا أنه عند ما يثبت صدقها ، فإنه — كما تشير إليه فى الوقت الحاضر جميع الدلائل — زال هناك عوامل أخرى كثيرة — اقتصادية واجتماعية وطبية — تؤدى إلى حرمان الأطفال ولا زلنا ، فيما يتعلق بالجانب الاجتماعى بحاجة إلى دراسات لمختلف أنماط الحياة الأسرية والمخالطة ، وخاصة القوى التى تدفع بعض الأسر إلى الحياة كوحدات منعزلة لا تتصل بالجيران الأقارب ، أو البعض الآخر والعوامل الأخرى التى تدفعهم لأن يصبحوا أجزاء من جماعات اجتماعية كبيرة يتبادلون معها التساند والتقوية .

وبالإضافة إلى هذه الدراسات الأساسية فى ارتقاء الشخصية والتنظيم الاجتماعى ، والتى نتوقع أن تصدق نتائجها على جميع المجتمعات ، فإننا فى حاجة إلى دراسات مسحية فى كل مجتمع لتحديد عدد الأطفال الذين يعانون من الحرمان ، وطبيعة كل من العوامل المعروفة وتأثيرها النسبى . وعلى هذه الدراسات المسحية أن تعمل على اكتشاف ما يلى :

(ا) الأسباب التى تجعل الجماعة الأسرية الطبيعية غير قادرة على منح الأطفال الرعاية .

(ب) الأسباب التى تجعل الأقارب لا يستطيعون القيام بدور البدائل .

ويجب أن تكون هذه الدراسات — إذا اردنا أن تكون مثمرة — مفصلة تفصيلا كاملا وأن تعطى علاوة على هذا ، جميع أطفال المجتمع community وليس فحسب ، هؤلاء الذين استرعوا انتباه السلطات أو الهيئات ، ذلك أنهم

إن لم يفعلوا ذلك ، فإن الأطفال الذين يقابلون نبذاً وصداً فى أسرهم الخاصة ، والأطفال الذين يقيمون بين أقاربهم ، سوف يستثنون عن هذا السبيل . ويتطلب تسجيل عمر الطفل والطبقة الاجتماعية والاقتصادية لوالديه ، وغير ذلك من الأحوال المشابهة ، مهارة خاصة فى الأساليب المسحية ودراسة الحالات دراسة اجتماعية ، والطب وعلم الاجتماع . ويحتمل ، لهذه الأسباب أن تحتاج — هذه الدراسات — قيام قسم بالجامعة أو إدارة حكومية بها .

كما أن الحاجة ماسة إلى القيام ببحث أكثر الأساليب مناسبة لرعاية الأطفال خارج أسرهم (منازلهم) الخاصة . ولن تستطيع هذه الأساليب أن تستحوذ على الثقة إلا بالدراسة الدائمة لنتائجها ، ومن المؤسف أن الدراسات التتبعية الشاملة للأطفال الذين ربوا خارج أسرهم قليلة جداً . ونأمل أن يتم تدارك هذا الإهمال بسرعة كبيرة ، وأن تتنافس الهيئات الأهلية والأقسام الحكومية بعضها مع بعض فى تقديم أكثر الحقائق دقة وشمولا . ولا زالت هنالك ، لسوء الحظ ، صعوبات بالغة فى الحكم على درجة نجاح مختلف أساليب الرعاية ، وخاصة صعوبة العثور على معايير ثابتة للنجاح أو الفشل .

ولقد أشرنا فى هذا الكتاب مرات كثيرة إلى التوافق الظاهرى بين الأطفال فى المؤسسات أو دور الحضانة التى تكشف الحوادث التالية عن زيفه

كان قاتلا إنجليزا ، مضطرب العقل يعوزه الاستقرار ، يحظى بمكانة كبيرة ، عندما كان يتلقى تدريبه فى مدرسة معترف بها حتى إنه كان يحظى بمكانة معادلة لرئيس الطلبة . وعلى هذا فلا ينبغى أن نعتبر السلوك الذى يلاحظ لفترة قصيرة ، معياراً كافياً . ومن الضرورى أن نستخدم بدلا من ذلك :

(ا) اختبارات نفسية تكشف عن الشخصية فى مستوى أكثر عمقاً

(ب) دراسات تتبعية طويلة المدى .

ومن الهام فى استخدام الطريقة التبعية بصفة خاصة ، ملاحظة مهارة الفرد كوالد وزوج . إذ أن هنالك من الأسباب القوية ما يسترعى الخوف من أن

تفشل الطرق الحالية فى رعاية الأطفال خارج أسرهم (أو منازلهم) فى هذا الجانب الشديد الأهمية .

وأخيراً ، لابد أن نعرف أن البحث ليس صعباً فحسب ، بل كثيراً ما يكون هنالك مقاومة سلبية أو إيجابية لتعطيل القيام به . ويميل المستشارون والمسئولون أحياناً إلى حماية العمل الذى أنجزوه ، والتقاليد التى ورثوها واعتزوا بها. ونتيجة هذا، ظهور الصعوبات، حقيقية كانت أو موهومة، فيقولون مثلا أن الظروف قد تغيرت منذ تلقى الأطفال الرعاية ، لذلك فإنه ليس من العدل أن يخضعوا لتلك البحوث التتبعية ثم لا يلبثون أن يذكروا مرددين أنه يجب ألا ننسى على أية حال ، أنهم كانوا ضحية وراثة سيئة . وهذا الجدل الدفاعى ، الذى أوضحنا ضعفه ناتج عن الخوف ، الخوف الناجم عن توقع أن الباحث لا يزيد عن أن يكون ناقد عدوانياً . ويمكن الحل ، بالطبع ، فى تعاون الباحث فى عمل المجتمع (أو الجماعة) بأسلوب يشعر المشتغلين أنهم سيفيدون من نتائجه .

الخاتمة

يمكن أن نتبين الآن أن الرعاية اللائقة للأطفال المحرومين من الحياة الأسرية السوية ، ليست مجرد فعل تمليه الإنسانية المشتركة بل وضرورة لتوفر الصحة العقلية والرفاهية الاجتماعية للمجتمع ، ذلك أن إهمال رعايتهم ، كما يحدث حالياً فى كل بلد من العالم الغربى يؤدى إلى تكاثرهم — أعنى أننا إن أهملنا رعاية من ينجبون من الأطفال فإنه يشبون بدورهم ليعيدوا القصة من جديد . إن الأطفال — سواء أقاموا بين أسرهم (فى منازلهم) أو خارجها يشكلون مصدراً حقيقياً وخطيراً للعدوى الاجتماعية ، مثلهم مثل من يحملون جراثيم الدفتريا والتيفود . وكما أدت الإجراءات الوقائية إلى خفض هذه الأمراض إلى نسبة يمكن إهمالها كذلك يمكن للعمل الحاسم أن يخفض بطرجة كبيرة عدد الأطفال المحرومين بيننا ، ونمو الراشدين الذين يحتمل أن ينجوا الكثير منهم .

ورغم ذلك ، لا نجد دولة قد تناولت هذه المشكلة بشكل جدى . وحتى فى تلك الدول المسماة بالدول المتقدمة نجد تغاضياً عن ظروف سيئة على الصحة العقلية فى دور الحضانة ، والمؤسسات والمستشفيات ، بدرجة لو وجدت فى مجال الصحة البدنية لأثارت منذ أمد طويل غضب الجماهير . إن تفكك الأسرة وانتقال الأطفال غير الشرعيين أمر يقبل بدون تعليق . كذلك ينظر إلى المشكلتين المتلازمتين الآباء المهملين لأبنائهم والأطفال المحرومين ، على أنها أمر لا يمكن تجنبه وترك لنفسها . ويبدو أنه من المحتمل أن تكون أسباب هذا الحظ العاثر ثلاثة : الاعتقاد فى أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال يتامى ولا أقارب لهم ، ونظام اقتصادى يخلق من وقت لآخر فقراً لا سبيل إلى مغالبته على مدى من الضخامة يقف حياله الأخصائيات الاجتماعيات عاجزات عن المعاونة ، وافتقار فى فهم العوامل النفسية مما ينجم عنه عدم القدرة على مواجهة الحالات التى تلعب فيها هذه العوامل دوراً هاماً . إلا أن هذه الظروف

الثلاثة لم تعد تنطبق على الكثير من المجتمعات الغربية ، ويبقى عاملان غيرهما يعوقان التقدم . فلا زال يوجد ، فى المكان الأول ، ندرة بالغة فى الأخصائيين الاجتماعيين الماهرين فى القدرة على تشخيص وجود عوامل عقلية ، وعلى مواجهتها بكفاءة يتضح إذا مما سبق ذكره أنه ما لم يتوفر للأخصائية الاجتماعية فهما سليما للدوافع اللاشعورية ، فإنه لن يكون بمقدورها التعامل مع كثير من الأمهات غير المتزوجات ، وكثير من الأسر التى يتهددها خطر التفكك ، وكثير من حالات الصراع بين الطفل ووالده (أو والدته) . إن أمام جميع الدول عملا ضخماً ، هو تدريب الأخصائيات الاجتماعيات على الأساليب النافعة ، وتدريب أطباء الأطفال العقليين على مساعدتهن .

والعامل الثانى الذى لازال مؤثراً هو التخلف فى الاقتناع من جانب الحكومات والهيئات الاجتماعية والتقليل من أهمية الحب بين الطفل والأم والصحة العقلية فى فترة الرضاعة والطفولة المبكرة ، الذى يماثل أهمية الفيتامينات والبروتينات للصحة البدنية .

ولعدم الميل إلى الاقتناع سبباً عميقاً ــ انفعالى وعقلى . ولا يندر أن نجد التعصب الشديد ضد تصديقه لدى أولئك الناس الذين يأخذهم الحماس الشديد عندما يتعللون بفشل الآباء الأصليين للأطفال وأولئك الذين لديهم حاجة ظاهرة ، لا يدركونها دائماً ، لأن يثبتوا أنهم أقدر على رعاية الأطفال من آبائهم الأصليين . ويميل أعضاء الجمعيات أيضاً ، فى استعراض ثمار أعمالهم ، إلى أن يجدوا اشباعاً شخصياً أكثر فى زيارة المؤسسات وتقريظ جماعة لطيفة من الأطفال الذين يلقون رعاية فيزيقية جيدة أكثر من محاولة تصور نفس الأطفال ، وهم ربما أكثر نضرة ، يلعبون بسعادة فى منازلهم الأصلية أو دور التبنى . ويجب أن نحترس من الاهتمام الراسخ فى نفوسنا برعاية الأطفال فى المؤسسات .

أما الشكوك العقلية فإن تناولها أسهل بكثير ، وربما تكون قد تأثرت بالأدلة

العلمية التى عرضناها فى الجزء الأول من هذا الكتاب .

والموقف الحالى ، بالنسبة لأولئك الذين مهمتهم محاربة تلك الشرور ، يشابه بذلك الذى واجه أسلافهم الذين كانوا مسئولين عن الصحة العامة منذ قرن مضى . فقد كان فى موقفهم فرصة كبيرة لتخليص بلادهم من الأمراض الناجمة عن القذارة ، وقد سلم البعض بوجهة نظرهم ، بينما ظل آخرون ناقدين للأدلة ولم يحركوا ساكناً . والحقيقة أن الدليل الوارد فى هذا الكتاب يعتريه الخطأ فى كثير من النواحى ، وما زالت هناك ثغرات كثيرة لم تسد ، والمعلومات النقدية مفتقدة فى أغلب الأحوال ، ولكن لابد من أن تتذكر أن الدليل لا يكون كاملا أبداً ، وأن المعرفة بالحقيقة تكون دائماً جزئية ، وأن على من ينتظر التأكد التام أن ينتظر أبد الدهر . ولكن ، لنأمل الآن أن يدرك الرجال والنساء فى الحياة العامة فى جميع أنحاء العالم علاقة الصحة العقلية برعاية الأمومة ، وأن يتصيدوا الفرص لنشر الإصلاحات الجريئة ذات الفوائد العميمة .

تم طبع هذا الكتاب على مطابع
دار المعارف بمصر سنة ١٩٥٩

محتويات الكتاب

صفحة

صحة الطفل

في غياب الطبيب

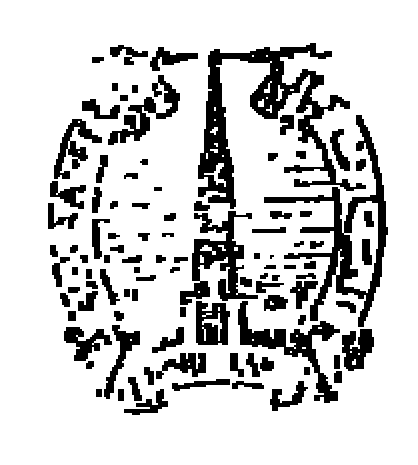
مجموعة الثقافة الصحية

١

صحة الطفل

بقلم

الدكتور حبيب صادر



دار المعارف بمصر

تصدير

بقلم الدكتور سليمان عزمى

أنا من أشد أنصار نشر الثقافة الطبية بين أفراد الشعب ، ليتبصر كل إنسان فى شئونه الصحية ، لتجنب الأمراض ومنع غوائلها وتخفيف ويلاتها ، ومساعدة الطبيب المعالج والهيئات الصحية فى واجباتها . وهذه الكتب والرسائل التى ترمى إلى هذا الغرض قد يراها البعض أمراً هيناً أو ضعيف الأثر . وربما يراها البعض الآخر ضارة لأنها تدع المرضى وذويهم يتصرفون بدون استشارة الطبيب . وقد يقعون من جراء ذلك فى أخطاء غير سليمة العواقب .

لهذا فإنى – بجانب تحبيذى لذلك النوع من المؤلفات – أراها من أشق مايكتبه الطبيب وأدقه لأن تلك المؤلفات تكتب لأفراد ليس عند أغلبهم إلمام بالطب وقد يسيئون فهم مقاصد الكتاب ، ولذا يجب على الكاتب أن يفهم هذا على حقيقته ، وأن يكتب بوضوح متجنباً الغموض ، متلافياً كل ما يلقى الأوهام والفزع فى نفوس القراء .

وقد روعى كل ذلك فى هذه المجموعة الطبية الأثر والنفع .

وإن قيام « دار المعارف » بنشر هذه المجموعة من الكتب فى الثقافة الصحية أعتبره خدمة عامة قيمة ، لها فوائدها لمن يريد الفائدة بدون الاستغناء عن مشورة الأطباء والعلاج .

ولذا ألبى طلب « دار المعارف » – متطوعاً – أن أشرف على هذه المجموعة من الكتب .

مجموعة
فى غياب الطبيب

إن الغرض الوحيد من وضع هذه المجموعة التى سميتها « فى غياب الطبيب » هو تسهيل الاطلاع على كل ما يجب أن نعمله فى غياب الطبيب ، وعلى كل ما يجب أن نعلمه فقط من علم الطب . فجمعت فيها كل الإرشادات العملية التى كررتها وأكررها مراراً فى اليوم على مسامع المرضى الذين أعالجهم منذ عشرين سنة . والذين يضطرون إلى تطبيقها بصورة مستمرة على أنفسهم أو على ذويهم . صارفاً النظر عن العلوم النظرية التى لا يضطر إلى معرفتها إلا الطبيب الممارس .

وقسمت هذه المجموعة إلى أجزاء عدة[1] شرحت فيها ما ينبغى أن نعرفه فى غياب الطبيب كخدمة المريض مثلا ، وتغذية الناقه ، وتطهير المسكن من جراثيم الأمراض المعدية ، والإسعاف الأولى عند حدوث عارض مفاجىء ، والاعتناء بالطفل وصحته وتدبير الحامل ، وتحضير الأغذية للحمية على أنواعها ، وغير ذلك من الوسائل الضرورية . وبحثت فى بعض أجزاء المجموعة ما يجب أن يفهمه كل إنسان من العلوم الطبية ، واقتصرت على نشر المسائل التى تعترض الإنسان فى حياته اليومية . وقد حافظت كل المحافظة على وقت المطالع ، مختصراً له الأمراض التى سيجابهها حتما فى مجرى حياته . فمن واجب كل إنسان أن يعلم شيئاً عن أسبابها ، وطرق الوقاية منها ، وعلاجها ، لكى يتمكن من

(١) انظر صفحة الغلاف الأخيرة .

تجنبها قدر المستطاع . وأدرجت فيها أيضاً كل حديث فى أصول حفظ الصحة وجميع العلوم الطبية الضرورية لكل امرئ يتنفس ويأكل ويتحرك ، وبالأحرى يعيش .

وما كنت لأقدم على عمل كهذا لو لم ألاحظ حاجة المطالع باللغة العربية إلى مثل هذا البحث الذى لم يتطرق إليه أحد قبل الآن ، بالرغم من ضرورة معرفته والاطلاع عليه عند كل الناطقين بالضاد ، نظراً بجليل فائدته .

ولعلى ، بذلك ، أكون قد قمت بقسط ضئيل من الواجب المطلوب من الطبيب تجاه الإنسانية المتألمة .

الدكتور حبيب صادر

مقدمة

« وإنمـا أولادنا بيننـا   أكبادنا تمشى على الأرض »

إن مواليد البلاد العربية ، فى السنة الواحدة ، لا يقلون عن المليون . وكلنا يعلم ، جيداً ، مقدار التضحيات التى يتكبدها الوالدان فى سبيل تربية الطفل العزيز .

فكم يكون حزننا شديداً عندما نعلم أن ثلثى هؤلاء الأولاد ، تقريباً ، يموتون فى سن الطفولة . ولسوء طالع أطفالنا لم نصنع حتى الآن شيئاً يذكر لتلافى هذه الخسارة الجسيمة .

وكم يكون أيضاً أسفنا أشد عندما نطلع على الحقيقة المخجلة التى تنبئنا بأن سبب هذه الخسارة إنما هو عدم اطلاع الأمهات وجهلهن الأساليب الضرورية لحضانة الطفل وحصانته من المرض والموت .

إن العلة المتفشية التى تذهب بمعظم أطفالنا إلى الفناء كثرة الإرضاع ، وهى التى تسبب الإسهال الذى — إذا لم يداو على حسب الطرق المبينة فى « باب التغذية » من هذه المجموعة — يعرض الطفل للوفاة .

ومعلوم أن الأم فى بلادنا تكثر من إرضاع طفلها بدافع الشفقة والحنو ، وهى تجهل أن الزيادة ، خصوصاً فى الأكل ، مضرة ، لأنها تضعف « الجهاز الهضمى » ، وفضلا عن ذلك فإن اللبن يحتوى على الزبدة والسكر ، وهما المادتان

اللتان تلينان البطن ، فينتج عن كثرتهما « الإسهال » الذى — إذا قوى وتكرر — يضعف الطفل ويعرضه للموت .

وللشفاء من هذا الإسهال ، ولإنقاذ الطفل من الخطر يجب على الأم أن تمتنع — لوقت قليل — عن إرضاع طفلها ، وتقدم له بدلاً من اللبن الحليب اللبن الخاثر أو الرائب « الزبادى » .

إن جهل هذه المسألة البسيطة يخسرنا سنوياً مئات الألوف من « أكبادنا التى تمشى على الأرض » .

وما هذا إلا مثل واحد من أمثال الجهل البسيطة الكثيرة التى تذهب بأرواح أولادنا ، ونحن لا نعيرها الاهتمام الكافى .

إن مسئولية هذه الخسارة الكبيرة تقع علينا نحن رجال العصر المدعين أننا نعمل دائماً لإنهاض المجتمع ورقيه . فماذا فعلنا لمساعدة هذه الأم المسكينة ولحماية طفلها الذى هو أعز ما فى الكون عليها وعلينا ؟

إن الشعوب الراقية تتسابق متفانية فى كل نواحى الحياة ، وتضحى بكل ما لديها من قوى مادية ومعنوية لحماية الطفل وأمه . فلنتعظ ، ثم لنفعل !

لذلك رأيت أن أبدأ بموضوع « صحة الطفل » عند الشروع فى نشر مجموعة « فى غياب الطبيب » ، لعلنى أكون قد قمت بجزء ضئيل من واجبى الإنسانى نحو الطفل وأمه فى هذه البلاد العربية العزيزة .

الباب الأول

الطفل المولود فى أوانه

فى حالة الصحة

الفصل الأول

العناية بالطفل ساعة الولادة

هوذا الطفل يبصر النور ، فيعقد الطبيب — أو القابلة — سُرَّتَه (ش١) ويميل به إلى ممرضة ، أو من ينوب منابها ، فتستقبله بمنشفة دافئة وتلفه بها ، من أعلى رأسه حتى أخمصيه ، وتضعه فى حجرها . ولكى يسهل الاعتناء به يفضل أن يوضع على منضدة (طاولة) فوقها وسادة مغطاة بمشمع لا تنفذ فيه الموائع .

والعناية بالطفل ، بعد ذلك ، تحصر :

أولا — فى تنظيف جفونه .

ثانياً — فى تنظيف جلده .

ثالثاً — فى تضميد سرته .

رابعاً — فى كَسْوه .

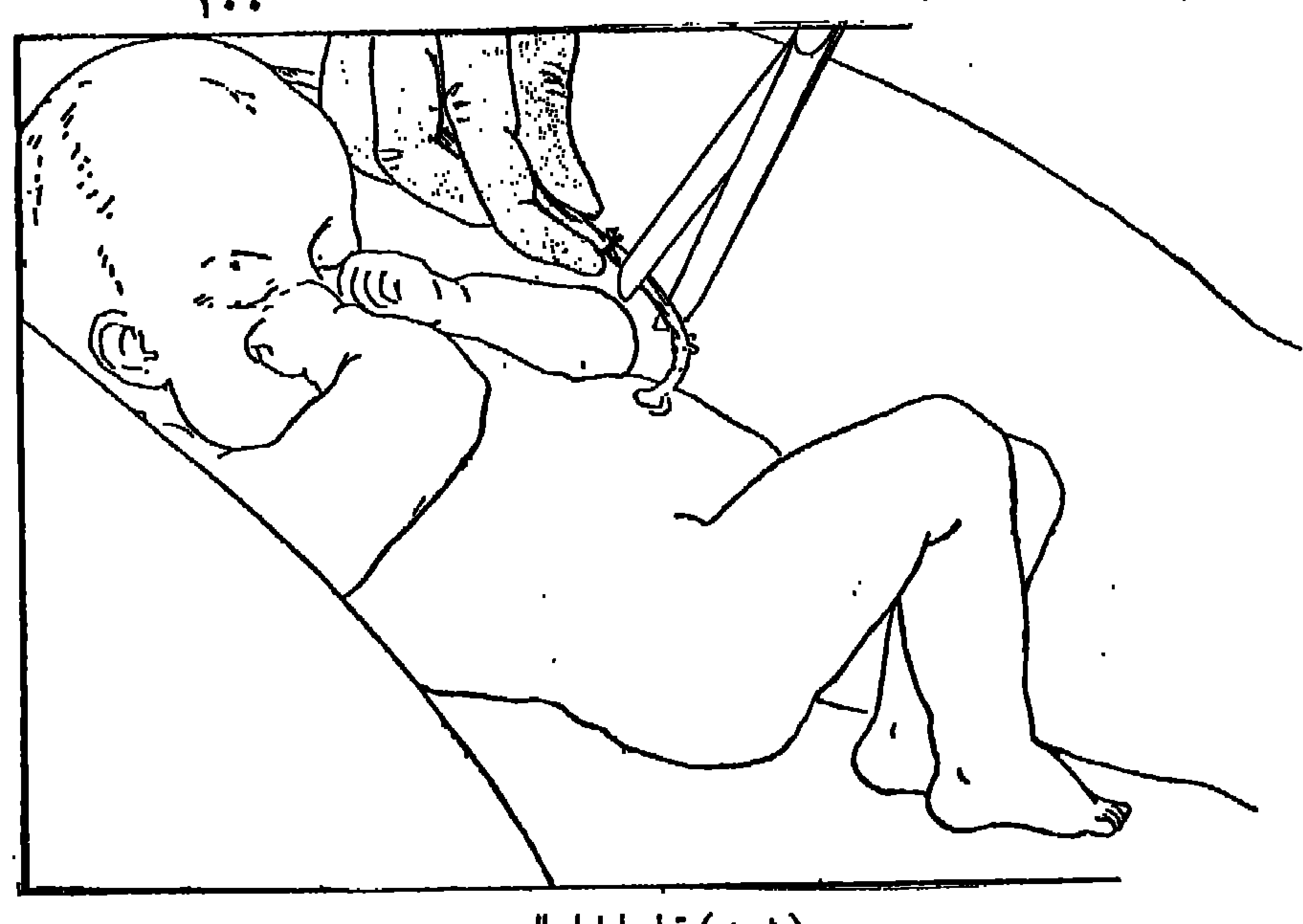
تنظيف الجفون

إن عملية تنظيف الجفون يتولى إجراءها — قبل قطع السرة أو بعد الولادة فوراً — إما الطبيب وإما القابلة وإما الممرضة .

وكيفية إجرائها هى ، أولا : أن تمسح أطراف الجفون تكراراً ، بغشاء مطهر أو بقطنة مندوفة مبلولة بماء مغلى .

ثانياً : أن يفتح جفنا كل من عينى الطفل باليد اليسرى ، وينقط فيهما إما محلول نيترات الفضة $\frac{١}{١٠٠}$ ، وإما عصير الليمون ، وذلك لكى لا يتعرض الوليد للرمد الصديدى الذى يفقده ، على الغالب ، البصر .

وإذا كانت عينا الأم ترشحان بسائل يخشى معه الرمد ، فيجب أن ينقط فى كل من عينى الطفل نقطة أو نقطتان من محلول نيترات الفضة $\frac{١}{١٠٠}$.



(ش١) قطع الحبل السرى

تنظيف الجلد

وعملية تنظيف الجلد يجب أن تحصر ، أول الأمر ، فى البشرة ، أما ما تبقى من البدن فيقتصر ، فى تنظيفه ، على التقاط ما يكون قد علق بالجلد من الدم وسوائل الرحم .

وكثيراً ما كانوا يستعملون ، لتنظيف بدن الطفل ، إما الماء والصابون والفازلين وإما مزيجاً متعادلاً من الكحول والجلسرين ، وكانوا أيضاً يغسلونه بالماء والصابون فقط . غير أن كل ذلك — فضلاً عما يؤخذ من احتياطات — لا يمنع ، فى بعض الأحيان ، من أن يتعرض الطفل ، ولو قليلا ، للبرد . فينتج عن ذلك مرض الصفيراء أو اليرقان .

إن مادة الطلاء الجبنى[1] (Vernix Caseosa) التى تطلى بدن الطفل تجف من تلقائها فى مدة الأربع والعشرين ساعة التى تعقب الولادة ، ولهذه المادة فضل الوقاية من البرد ، ولهذا نرى من الفائدة ألا يغسل الطفل بعد الولادة فوراً ، وأن يُلْبَسَ ثيابه بعد أن يُضَمَّدَ ويشد وسطه وتنظف جفونه ، ويستحسن أن يكتفى ، بعد أن يُقَمَّطَ الطفل ، بتنظيف رأسه ووجهه .

تضميد السرة

إن مقطع السرة يجب أن يغلف بعصابة من غشاء مبلل بكحول عياره ٩٠٪ . ولكى يسهل تغليفه يعمد إلى إدخاله فى باب العصابة المحكم ، ثم تعقد العصابة

(١) الطلاء الجبنى هو المادة الدهنية الجبنية التى يكون مطلياً بها جلد الجنين عند الولادة ، وتتركب من غدد الجلد المائتة وإفرازاتها .

على السرة بعد أن تغطى بغشاوة دقيقة من القطن المندوف المطهر .

وضمادة السرة تحفظ بواسطة قدة من نسيج القطن أو « الفلانالا » عرضها من ٦ إلى ٨ سنتيمترات ، تشد على البطن .

وإنه لمن المفضل أن يعدل عن التضميد بالمراهم والأدهنة الزيتية التى تحول دون تجفيف السرة ، لما تولده من رطوبة وليونة فى الجرح .

ملابس الطفل

انظر تفصيل ذلك فى الفصل الثانى .

الفصل الثانى

العناية بالطفل فى عامه الأول

التنظيف

يجب أن يغسل الطفل كل يوم ، والأفضل أن يتم ذلك قبل الإرضاع . ومن المفروض على القائمين بتنظيفه ألا يعرضوه للبرد ، وأن تكون حرارة الغرفة التى يغسل فيها بين ٢٠ و ٢٢ درجة ، ولا يجوز أن ترتفع عن ذلك .

وقبل البدء بالحمام يجب أن يوضع كل شىء فى متناول اليد .

يوضع على منضدة حوض فيه ماء فاتر ، وإلى جانبه قُفّاز من إسفنج ، وصابونة ناعمة ، ومنشفة دافئة ، وعلبة « بودرة » مصنوعة خصيصاً للأطفال وسطها لفافة قطن مطهر ، أو علبة مُثَقَّبة الغطاء لتُذَرَّ منه «البودرة» ، وقطع الثياب مرتبة ، الواحدة تلو الأخرى .

المغطس

يبدأ بغسل الطفل فى أى إناء كان ، على شرط أن يسعه ، ثم ينقل إلى مغطس خاص موضوع إما على منضدة وإما على كرسيين ، وللأطفال مغاطس من مطاط حسنة الاستعمال تلفت أنظار الأمهات إليها .

ومما يجب التنبه له أن يُعنى جيداً بتنظيف المغطس .

أما حرارة الماء فيجب أن تكون من ٣٦ إلى ٣٧ درجة فى مدة النصف الأول من عامه الأول ، ومن ٣٥ إلى ٣٦ درجة فى مدة النصف الثانى . وتؤخذ درجة الحرارة إما بواسطة ميزان خاص وإما بوضع اليد أو الكوع فى الماء، على شرط أن تكون المكلفة غسل الطفل ذات حس مرهف يمكنها من معرفة درجة الحرارة .

يجب أن يغلى الماء إذا كان الطفل ضعيف البنية أو مولوداً فى غير أوانه لكى يقضى على ما فى الماء من « ميكروبات » أو جراثيم تسىء إلى صحته . أما إذا كان الطفل قوى البنية فلا حاجة إلى مثل هذه الحيطة .

وبعد أن يحضر كل ما تقدم تتمنطق الوالدة بمئزر من مطاط ، وتشمر عن ساعديها حتى الكوع ، وتجلس على كرسى وطىء ، وتضع طفلها على ركبتيها أو على منضدة فوقها وسادة مغطاة بمشمع .

ا ــ غسلُ الرأس :

إن عملية الغسل تبدأ بالرأس ، وإن غسل الوجه وجلد الرأس يتم بواسطة قفاز من إسفنج ،وباستعمال الصابون والماء الفاتر. ويحسن أن ينظف جلد الرأس بماء « الكولونيا » .

وإذا ظهرت « الهبريّة » وهى فى عرف العامة : (خبز الرأس أو قشرة الرأس أو طربوش الرأس) فلا تعف عنها عملا بالقاعدة المشهورة عند البعض ، بل اعمد حالا إلى نزعها بأن تغسلها بماء « الكولونيا » بعد أن تكون قد طرّيتها بالفازلين أو الجلسرين .

أما تنظيف مجارى السمع ، فيتم بواسطة خرقة ناعمة أو لفافة من قطن مطهر تبلل بماء مغلى ، وتدخل فى مجرى الأذن ، فينظف بحركة لولبية .

وبمثل هذه الحركة تنظف مجارى الأنف من « المخاط » والغبار .

وشعر الرأس يسرح بفرشاة ثم يمشط .

وتنظيف الأسنان لا فائدة منه فى مدة العام الأول ، وقد ينظف الفم بالسبَّابة بعد أن تلف عليها شاشة مطهرة أو قليل من القطن المبلل بماء فاتر مع شيء من « بيكربونات الصودا » .

ب ــ التنظيف العمومى :

يجرد الوليد من ثيابه ، وإذا كانت مؤخرته قذرة ــ وهو ما يتفق غالباً ــ فيبدأ بغسلها ، ثم يشرع فى غسل الوليد كله بالصابون ، وبعد ذلك ينقل بكل هدوء إلى المغطس .



(ش ٢) كيفية إمساك الطفل فى أثناء غسله

وكيفية إمساك الطفل فى أثناء غسله هى أن توضع اليد اليسرى خلف رقبته بين مؤخرة رأسه ومقدمة ظهره (ش٢) واليد اليمنى تُمْسِكُ برجليه . وعند يوضع الوليد فى المغطس يجب أن يبقى رأسه خارج الماء خوفاً من أن يدخل فى فمه

أو أنفه أو أذنيه ، وذلك بفضل اليد اليسرى الموضوعة خلف رقبته كما تقدم ، وكوعها مسند إلى حافة المغطس .

وعندما يصبح الطفل فى الماء تفلت اليد اليمنى رجليه وتقوم وحدها بعملية غسله . وبعد دقيقتين أو ثلاث دقائق يخرج الوليد من الحمام، ويوضع على منشفة دافئة مبسوطة إما على الركبتين وإما على المنضدة ، وينشف بكل اعتناء وخفة بواسطة الضغط الخفيف لا الفرك ، خوفاً من أن يلتهب جلده الطرى الحساس .

إن الحمَّام كثير الفائدة ولكنه لا يستعمل إلا بعد وقوع ربطة السرة، وفى رأى بعض « المولدين » لا يجوز أن يغسل الطفل إلا بعد أن يلتئم جرح السرة .

ومما لا يجوز إغفاله أن أظافر الطفل يجب أن تقلم جيداً ، لكى لا يخدش بها وجهه .

ج — تنظيف المؤخرة والمقدمة :

تنظف مؤخرة الطفل ومقدمته (دبره وقبله) فى أثناء الحمام العمومى ، وخوفاً من تجمد المواد القذرة على أليته « مقعدته » وبين فخذيه ، يجب أن يغسل أسفله بضع مرات فى النهار ، وخصوصاً قبل كل أكلة .

إن بكاء الولد وهو فى حالة الشبع يسببه غالباً وجود البول والأقذار ، ولهذا يجب أن يعمد إلى غسله وتغيير ما تبلل أو قذر من ثيابه . وفى كل مرة يغير « كلسونه » المبلل يحسن أن يغسل أسفله بماء فاتر ، وهذا الغسل إجبارى إذا كان متبرزاً .

وأليتا الطفل يجب أن تطليا بالبودرة بعد كل غسل وكل غيار ، ويجب أن يكثر من تنظيف أسفله وتغيير ثيابه فى حالة الالتهاب الظاهر بالاحمرار فى مؤخرته وبين

فخذيه ، وهذا الالتهاب يجعل الولد حزيناً وقلقاً ، ولكى يتم شفاؤه بسرعة يطلى المحل الملتهب بمرهم الزنك قبل أن تذرّ عليه البودرة .

د ـ العناية بربطة السرة وبالجرح :

عندما تجف ربطة السرة تترك الضمادة التى وضعت بعد الولادة فى محلها . وإذا تلوثت رقعة الضماد غيّرت فوراً ، وتحفظ بواسطة قدة من قطن أو « فلانالا » مشدودة إلى البطن كما تقدم ، أو بواسطة (الكلسون) ، وعندما تقع الربطة يغطى الجرح بلفافة من غشاء مطهر تغير كل يوم بعد الحمام . وبعد أن يلتئم الجرح يصبح كل تضميد باطلا .

ولكى تُحفظ معدة الطفل من البرد يواظب على لفها بقدة أو زنار من « فلانالا » .

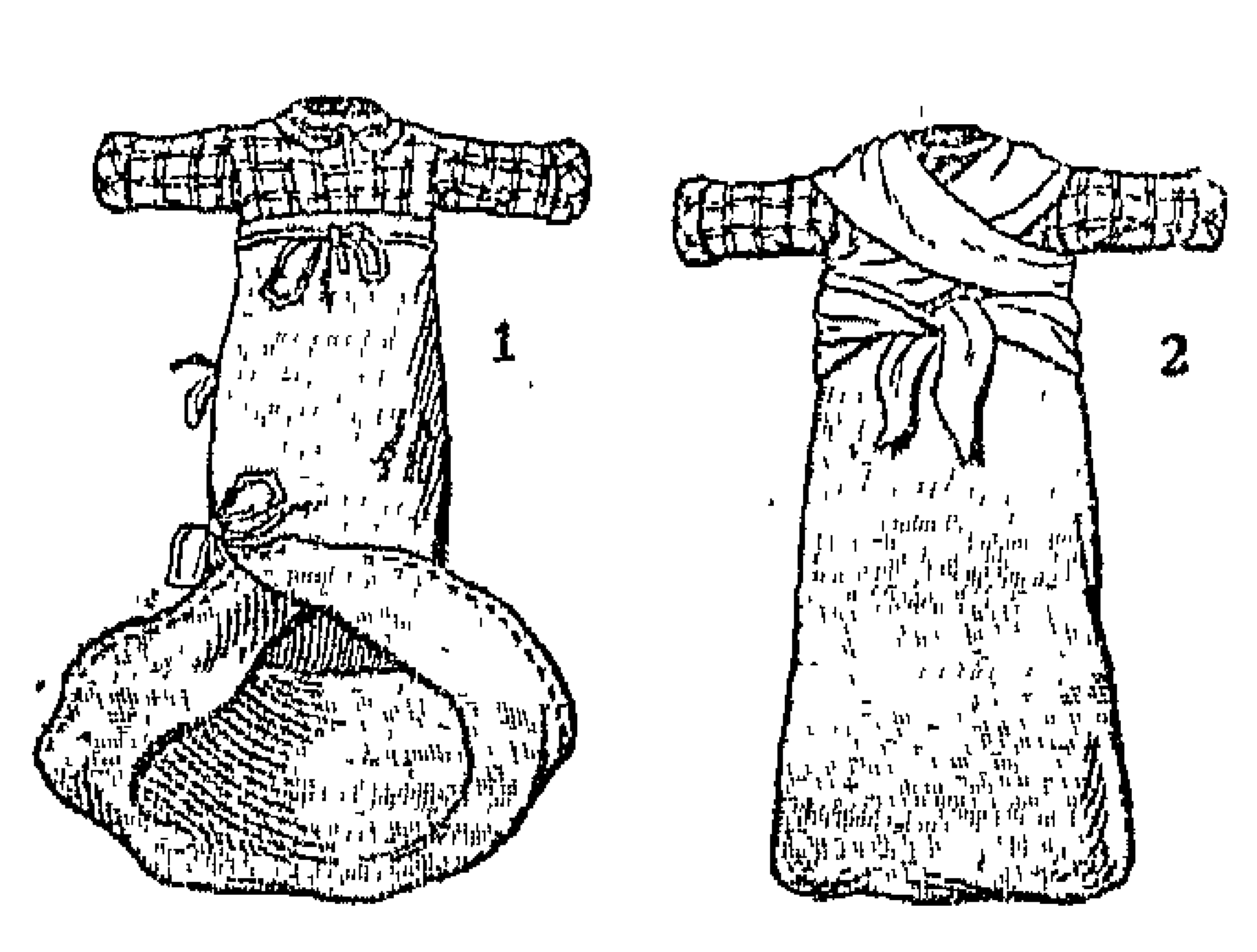
وإذا وقعت السرة وظل الدم ينتع فليعمد كل يوم إلى ملء الفجوة التى فيها الجرح بماء « الأوكسيجين » .

ملابس الطفل

الطفل سريع الإحساس والتأثر بالبرد ، ولهذا يجب أن يكون كساؤه كافياً لوقايته . ولإلباسه ثيابه طريقتان متبعتان (ش ٣) :

١ ـ الطريقة الفرنسية

٢ ـ الطريقة الإنكليزية



(ش ٣) القماط

١ ــ الطريقة الفرنسية :

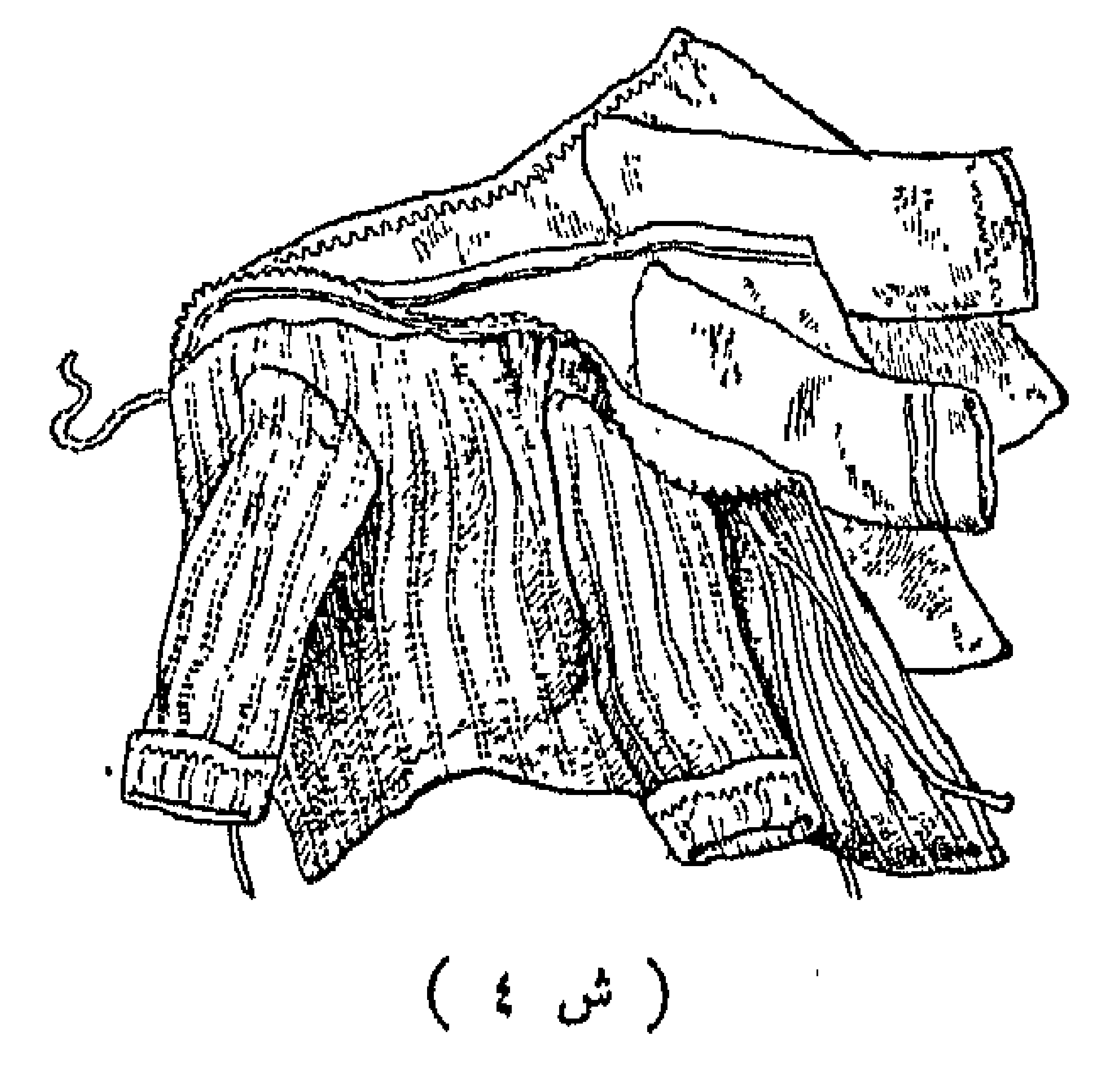
إن الميزة الخاصة لهذه الطريقة هى أن تجعل القسم الأسفل من الجسم مغطى بطريقة محكمة أى « بقماط » (maillat) .

(ا) أما القسم الأعلى من الجسم فإن كسوته تتألف من ثلاث « صدارى » تُزَرُّ من الوراء : « صدرية » من القباطىّ أى القماش الناعم ، و « صدرية » من قطن أو من صوف حسبما يقتضيه الجو ، و « صدرية » من الجوخ أو الصوف المحبوك .

وطول كل من هذه « الصدارى » لايجوز أن يتعدى حد السرة ، وإذا تعداه فيجب أن تثنى أطرافها الخلفية ، لكى لا يرطبها البول أو تلوثها الأقذار .

وتجهز « الصدارى » الثلاث قبل المباشرة بحمام الطفل ، وكيفية ذلك أن يدخل كمَّا « الصدرية » القباطية فى كمى « صدرية » الصوف أوالقطن ، وكمَّا « صدرية » الصوف أو القطن فى كمى « صدرية » الجوخ أو الصوف المحبوك ، لتصبح هذه « الصدارى » الثلاث كأنها « صدرية » واحدة (ش ٤) .

ولكى يسهل إلباس الولد هذه « الصدارى » تدخل الأم أصابعها الثلاث الكبرى فى كل من الكمين لتمسك يد الطفل وتجذبها ، ثم تزركل صدرية من الوراء وتشبك الصدرية الخارجية بدبوس أو دبوسين إنكليزيين .



(ش ٤)

(ب) وأما القسم الأسفل من الجسم فتتألف كسوته من : قماطين من

قماش ناعم ، وقماط من صوف ، وتحضر القمط الثلاثة مقدماً على منضدة (طاولة) أو على ركبتى الوالدة . وقماط الصوف يبسط ويغطى بأحد قماطى القماش الناعم بحيث يكون الطرف الخلفى للواحد موافقاً للطرف الخلفى للآخر . ويوضع قماط القماش الثانى المصنوع بشكل مثلث ، فوق الاثنين المتقدمين ، ويفرض أن يكون طرفه موافقاً لطرفيهما .

ويوضع الوليد على القمط الثلاثة المرتبة كما تقدم ، على شرط أن تكون أطرافها الخلفية محاذية لإبطيه ، ولا يجوز أن تتجاوزهما .

وإذا أجريت عملية التقميط على ركبتى الوالدة فإن مجموع القمط تتجمع تحت الطفل .

وبعد أن يوضع الطفل على القمط تؤخذ ذنبة « المثلث » وتطوى بين الفخذين إلى الأمام حتى تبلغ المعدة فتشد ، إذ ذاك ، بدبوس إنكليزى إلى طرفى المثلث الباقيين اللذين يلفّ بهما جنبا الطفل .

وأما القماط الثانى فيطوى جانباه على الوليد ويثبت الواحد على الآخر فوق الصدرية الخارجية بدبوس إنكليزى ، ويطوى طرفه الأسفل إلى الأمام فيغلف القدمين اللتين تصبحان غير قادرتين على الحركة والاحتكاك .

وبعد ذلك يلف الوليد بالقماط الصوفى ويثبت طرفاه الواحد على الآخر بدبابيس ، ويبقى الطرف الأسفل مفكوكاً بحيث يطوى إما إلى الأمام وإما إلى الوراء .

وإن الأقمطة التى يرطبها البول يجب أن تغسل حالا وتجفف قبل أن تستعمل من جديد ، وإذا لوثت بالغائط « البراز » فيجب أن تغسل جيداً بالماء المغلى على ألا يستعمل البوتاس لأنه يسبب التهاباً فى الجلد .

٢ ــ الطريقة الإنكليزية :

إن الطريقة الإنكليزية (ش ٥) لكسو القسم الأعلى من الجسم لا تختلف بشيء عن الطريقة الفرنسية .

أما القسم الأسفل فيستعمل له القماط المثلث الزوايا وفوقه « كيلوت » (Culotte) من صوف يثبت على « الصدرية » الخارجية بعدة مشابك ، وأما القدمان فتكسيان بالجوارب والترالك (١) .

وعند الخروج من المنزل يلبس الولد فوق « الكيلوت » كيلوتاً من مطاط لا تخترقه الموائع . وهذا الأخير يسبب رطوبة فى مؤخرة الطفل فتلتهب الجلدة ، ولهذا لا يجوز استعماله إلا فى حالات استثنائية .

إن للطريقتين الفرنسية والإنكليزية حسنات وسيئات . « فالمايو » الفرنسي يحفظ الحرارة ولكنه يمنع الطفل من الحركة . و « الكيلوت » الإنكليزى يحفظ قليلاً من الحرارة ، ولكنه يعطى الولد بعض الحرية فى الحركة . ولكى يحافظ على الحسنات ويقضى على السيئات فى كلتا الطريقتين يستعمل « المايو » مدة



(ش ٥)

(١) شبه أحذية من الصوف .

أسبوعين أو ثلاثة بعد الولادة ، ثم يستعمل « الكيلوت » بدلا من « المايو » فى الأوقات التى لا يخشى فيها من البرد ، وإنه لمن الحكمة أن يواظب على استعمال « المايو » فى الليل لمدة طويلة .

ويلبس الطفل فوق كل ذلك جلباباً طويلا من صوف أو « فلانالا » يكون مكملا للكسوة .

وحينما يبدأ الطفل بالمشى يلبس بدلا من الجلباب الطويل جلباباً قصيراً وبدلا من « التّرلك » حذاء ليناً .

وفى الليل بعد أن يلغى القماط يغلف الولد بقميص طويل تُشَدّ أطرافه السفلى فيحفظ الطفل من البرد إذا انزاح عنه الغطاء .

أما القبعة فلا فائدة منها إلا فى الأيام الأولى للولادة ، أو فى النزهات ، أو فى ليالى الفصل البارد .

غرفة الطفل

إن غرفة الطفل يجب أن تكون صحية يتخللها الضوء والهواء . ففى فصل الصيف تفتح إحدى نوافذها طول النهار ، أما فى فصل الشتاء البارد فتغلق النوافذ كلها بدقة وإحكام ، ولا تفتح إلا مرة واحدة فى النهار مدة ساعة أو ساعتين ليجدد الهواء ، ويخرج ما فى الغرفة من هواء فاسد ، وقبل أن تفتح النوافذ ينقل الطفل إلى غرفة ثانية محكمة الإقفال ، ولا يرجع إلى غرفته إلا بعد أن يتجدد هواؤها وتغلق نوافذها وتعود إليها الحرارة العادية من ١٨ إلى ٢٠ درجة .

وعندما يشتد البرد ويستفحل الصقيع ، يصبح من الضرورى أن تستعمل المدافئ فى غرفة الطفل ، وأفضلها مدافئ البخار والماء الحار والكهربا .

وتنظيف الغرفة وخصوصاً كنسها يجب أن يتم بهدوء ودقة ، لكى لا يتطاير

الغبار ، فيتنشقه الطفل ويتعرض للأمراض .

ومن المفروض على الوالدين أن يمنعوا الهررة والكلاب من الدخول إلى غرف الأطفال .

النوم

ينام الطفل عادة إما فى سرير هزاز ، وإما فى سرير ثابت ، والأفضل أن يُعَوَّد النوم فى السرير الثابت ، لأنه إذا عُوِّد النوم فى السرير الهزاز أمسى غير قابل للنوم إلا بواسطة الهز ، وهذا مما يزعج الأم ويضيع الكثير من أوقاتها .

ويحسن أن يكون السرير من خشب أو معدن لكى يسهل تنظيفه . أما الفراش المصنوع من شعر أو قش فإنه لايمنع تغلغل الهواء فى الأيام الباردة ، ولهذا يجب أن يغلف بغشاء من مطاط أو لباد ، وغطاء الطفل يجب أن يكون من الصوف فى فصل البرد ومن القطن فى الفصول المعتدلة ، أما مخدته فالأفضل أن تكون من الوبر .

وفى كل يوم ، قبل البدء بغسل الولد ، يجب أن يحمل فراشه إلى الخارج ليعرض للشمس والهواء .

إن الستائر المسدلة على النوافذ تمنع دخول الهواء إلى غرفة الطفل ، ولهذا يجب كشفها إلا إذا كان الجو بارداً ، وفى فصل الحر يغطى السرير بِكِلَّة « ناموسية » لتحمى الطفل من أذى البرغوث والذباب والبعوض .

وعندما يوضع الولد فى سريره يجب أن يكون نومه على أحد جنبيه ، ولا يجوز مطلقاً أن ينام على ظهره خصوصاً فى أشهره الأولى ، وخوفاً من أن تلوث مخدته بما يقيئه من اللبن يجب أن توضع منشفة ناعمة تحت رأسه .

وإذا اشتد البرد فى أيام الشتاء وانخفضت درجة الحرارة فى الغرفة عُمِد حالا

إلى تدفئة السرير بواسطة زجاجات مملوءة بالماء الحار ، ومحكمة السد ، ومغلفة بالأقمشة لكى لا تحتك بها قدما الطفل .

ومما لا يجوز إغفاله ألا يرقد الطفل فى سرير أمه ، خوفاً من أن تنقلب عليه وهى مستغرقة فى نومها .

وفى النهار لا يجوز أن يوضع السرير أمام النافذة أو أى مدخل آخر يطل منه النور على الطفل، فيؤذى عينيه ويمنعه من الرقاد .

وعندما يشتد الطفل ويصبح ميالا إلى الجلوس ، ويظهر لتحقيق ذلك بعض الاجتهاد والحركة يجب أن نساعده بأن نجلسه ونضع وراءه وسادة ونتركه جالساً بضع ثوان ، ثم نبدأ بإجلاسه على كرسى خاص مدة أطول . وهكذا دواليك إلى أن يصبح قادراً على الجلوس بدون مساعد .

النزهات

إن الطفل بحاجة ماسة إلى النور والهواء ، ولهذا نرى من الضرورى أن يبدأ بإخراجه من المنزل بعد مضى عشرة أيام على ولادته فى فصل الصيف ، وشهر واحد فى فصل الشتاء ، هذا إذا لم يكن الجو عاصفاً كثير الأمطار والضباب ، ويحظر إخراجه من غرفته إذا كانت الحرارة دون الدرجة العاشرة فى النصف الأول من سنته الأولى ، ودون الصفر فى النصف الثانى .

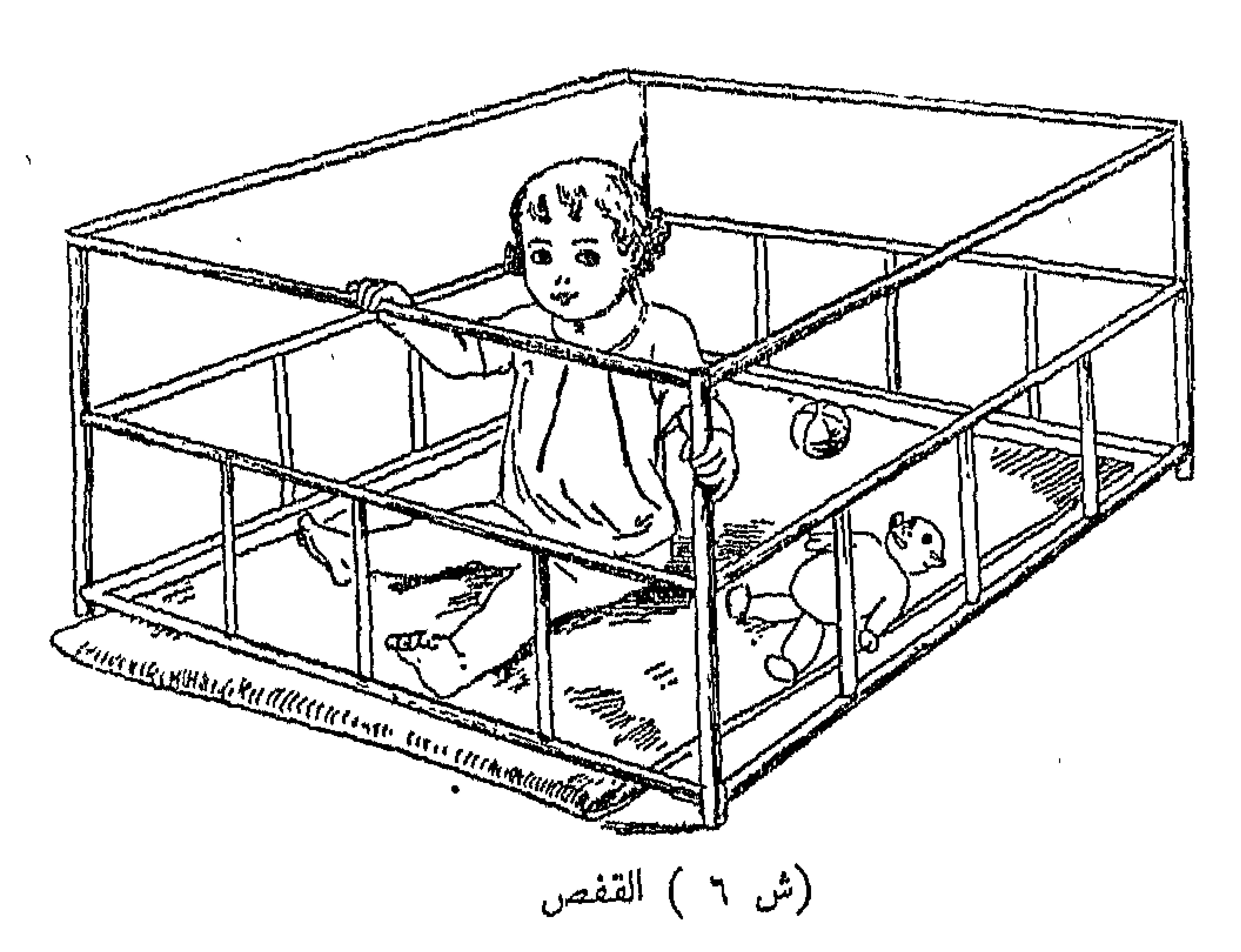
وفى النزهات الأولى يحمل الطفل على الأيدى أو يوضع فى عربة عميقة الجنبات بحيث يغطى جيداً ، ولا يعرض للفحات البرد المؤذية ؛ وفى الشتاء أو فى الأيام الشديدة الحر يحسن أن تكون العربة ذات ستار « كبوت » يقى الولد من الهواء البارد أو من الأشعة المحرقة .

ولا يجوز أن ينزه الطفل فى الأمكنة الكثيرة الغبار . وفى أشهره الأولى يكتفى بأن ينزه فى حديقة أو فى ردهة معرضة للنور والهواء .

المشى

يبدأ الطفل بالجلوس فى شهره السادس تقريباً ، وبعد ذلك يوضع كل يوم مدة بضع ثوان فى كرسى خاص أو على الأرض فوق غطاء أو وسادة . وساعة يبدأ بالحبو يجب أن يبعد عن كل ما يؤذيه أو ما يقدر على أخذه بيده ، خوفاً من أن يضعه فى فمه ، والأفضل أن يوضع فى شبه قفص (ش ٦) لكى يصبح فى مأمن من كل خطر ، وفضلا عن ذلك فإن جوانب القفص تساعده على الوقوف وتمرنه على السير شيئاً فشيئاً .

يبدأ الطفل بالمشى بين الشهر الثانى عشر والسادس عشر . وقد يمشى قبل ذلك . وإذا تأخر عن المشى حتى السنة الثانية فلا خوف عليه . ولكن إذا تأخر



(ش ٦) القفص

حتى الثانية والنصف أو الثالثة ، فيجوز أن يكون ذلك ناتجاً عن ضعف فى أعضائه وخلل فى مفاصله ، وفى هذه الحالة تجب معالجته .

اللّعَبُ

تصنع اللعب غالباً إما من مطاط وإما من خشب ، والمفروض فيها أن تكون حسنة الصنع ليس فيها من النتوء ما قد يؤذى الطفل ويسبب له بعض الخدوش ، وأن تكون متينة لا تتجزأ ، لأنها إذا كانت قابلة للكسر خُشِيَ على الولد أن يضع بعض أجزائها فى فمه ويزدردها فيتعرض للخطر ، وأن تشد بخيط إلى جانب السرير أو القفص لئلا تقع على مكان قذر فتتلوث .

مراقبة وظيفة الهضم

التبرز : فى اليومين أو الثلاثة الأيام التالية للولادة تكون المادة التى يتبرزها الطفل مخاطية سمراء اللون أو خضراء مائلة إلى السواد ، وهى المادة التى تتجمع فى أمعائه وهو فى أحشاء والدته .

ويبدأ تبرز هذه المادة غالباً بعد مضى ست ساعات أو اثنتى عشرة ساعة على الولادة ، أو فى خلالها . وفى مدة ثلاثة أيام أو أربعة بعد أن يكون الطفل قد بدأ يتغذى ، يتغير لون البراز « الغائط » ويصير أخضر ، وبعد هذه المدة تصير مادته نصف مائعة وذات لون أصفر ذهبى .

إن وجود بعض نقط بيضاء فى البراز لا يعنى أن الجهاز الهضمى فى اضطراب ، بشرط أن تكون النقط صغيرة قليلة العدد .

إن مادة البراز تظل بضع ساعات بعد تبرزها محافظة على لونها الطبيعى ، وإذا تغير لونها وصارت خضراء فليس ثمة ما يدعو إلى القلق ، أما إذا كان لونها ساعة التبرز أخضر فيجب الإسراع إلى مشاورة الطبيب .

وعندما يبدأ بإعطاء الطفل لبناً غير لبن أمه فإن مادة البراز تصير أكثر جموداً وأشد يبساً ، ويصير لونها أصفر شاحباً ، ورائحتها على شيء من الكراهية .

ويتبرز الطفل عادة فى مدة الأربع والعشرين ساعة من ثلاث مرات إلى أربع ، إلا إذا بدأ يتغذى بغير لبن أمه فإن عدد المرات يقل ويصبح مرة أو مرتين فى اليوم بعد الشهر السابع وما فوق .

وإذا لم يتبرز حتى مرة واحدة فى اليوم وجب أن يعمد حالا إلى الوسائط التى تلين المعدة ، وأفضلها أن يغمس رأس « ميزان الحرارة » بالفازلين ويدخل فى دبره ، ويجوز أن يحقن بكمية من الماء الفاتر لا تتجاوز الخمسين غراماً .

وبعد مضى شهرين أو ثلاثة على ولادته يجب أن يعوّد الطفل التبرز فى الإناء الخاص ، وذلك بأن يجلس مرتين فى ساعتين معينتين من النهار ، وخوفاً من أن يلفحه البرد يحسن أن توضع كمية من الماء الساخن فى الإناء قبل إجلاسه عليه .

طلوع الأسنان

إن التسنين «طلوع الأسنان» يبدأ فى مستهل الشهر السابع وينتهى فى تمام الشهر الثلاثين . وتسمى « أسنان اللبن » لأنها وقتية وتسقط بعد تمام السنة السابعة تقريباً . وقد تنبت الأسنان بعد الشهر الرابع ، وأحياناً بعد الثالث ، ويستثنى بعض الأطفال الذين يولدون وقد نبتت لهم بعض الأسنان . ونادراً ما يحدث ذلك.

ويبدأ « طلوع الأسنان » بظهور الثنيّتين المتوسطتين فى الفك الأسفل . ثم بظهور الثنيتين المتوسطتين الأخريين والثنيتين المتطرفتين فى الفك الأعلى وذلك بين الشهرين الثامن والعاشر ، ثم بظهور الثنيتين المتطرفتين فى الفك الأسفل وذلك حوالى الشهر الثانى عشر ، ثم بظهور الأضراس الأولى الأربعة

مع الأنياب الأربعة فى الفكين بعد تمام السنتين ، ثم بظهور الأضراس الأربعة الباقية بعد تمام الشهر الثامن والعشرين .

إن ظهور الأسنان حركة طبيعية ، وكثيراً ما يحدث دون أن يصاب الطفل بأى اضطراب ، وتقدر الأم أن تتبينه بفحص اللثة ، إذ ترى نتوءاً أبيض صلباً ، وفى بعض الأحيان يرافق ظهور الأسنان ألم مزعج فى اللثة فتتورم ، ويفيض اللعاب من فم الطفل ، وإذ ذاك يكثر بكاؤه ويقل نومه ويلعق أصابعه وكل ما تناله يداه ، أو يمتنع عن الرضاعه ، ويحم وتضطرب أمعاؤه ، ويظهر عليه الإعياء والشحوب ، وكل هذه الأعراض تزول بعد اكتمال الأسنان .

إن « أسنان اللبن » تسقط دون أن يرافقها أى اضطراب فى جسم الولد ، وتحل محلها الأسنان النهائية ،وعددها اثنتان وثلاثون .

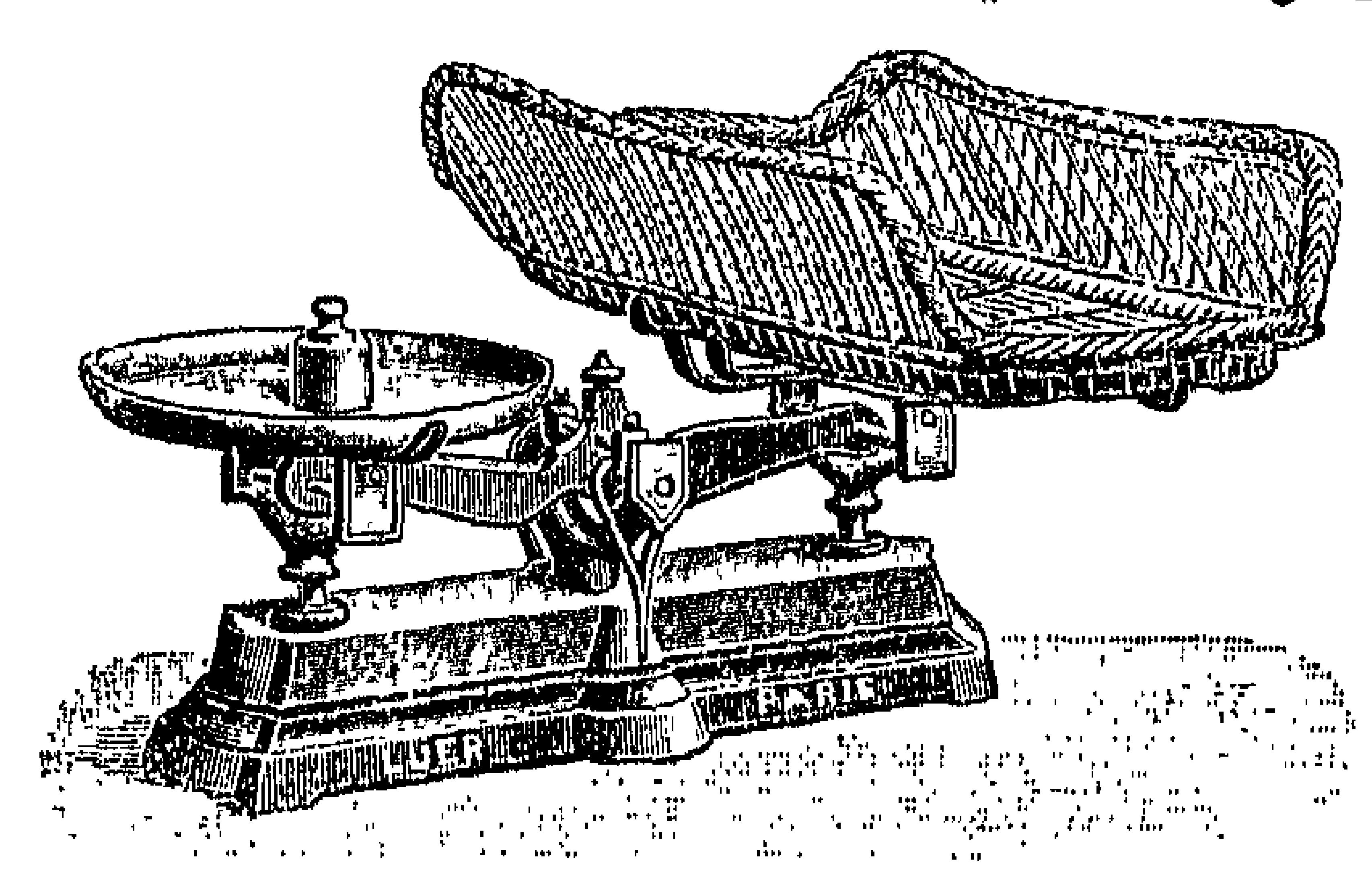
أما تنظيف الأسنان فى السنة الأولى فلا فائدة منه . ولكنه بعد ذلك ضرورى كل يوم بواسطة فرشاة ناعمة وبمعجون « الدنتيفريس » (Dentifrice) .

الوزن

إن الوزن العادى للطفل ساعة يولد هو من ٣٠٠٠ إلى ٣٢٥٠ غراماً ، ووزن الأنثى هو عادة أخف من وزن الذكر . وقد يكون وزن الطفل المولود فى أوانه أقل من ٣٠٠٠ غرام . ويبلغ وزن الولد فى بعض الأحيان الـ ٣٥٠٠ غرام ، ونادراً الـ ٤٠٠٠ غرام وباستثناء يبلغ الـ ٥٠٠٠ غرام وما فوقه .

وينقص وزن الطفل بعد الولادة بيومين أو ثلاثة ٢٠٠ أو ٣٠٠ غرام وذلك لأنه يتخلص مما فى أمعائه من بول وغيره من جهة ، ولعدم تغذيته من جهة أخرى .

وبعد اليوم الرابع أو الخامس من الولادة يبدأ الطفل ينمو بفضل الغذاء فيزيد وزنه وتطول قامته شيئاً فشيئاً .



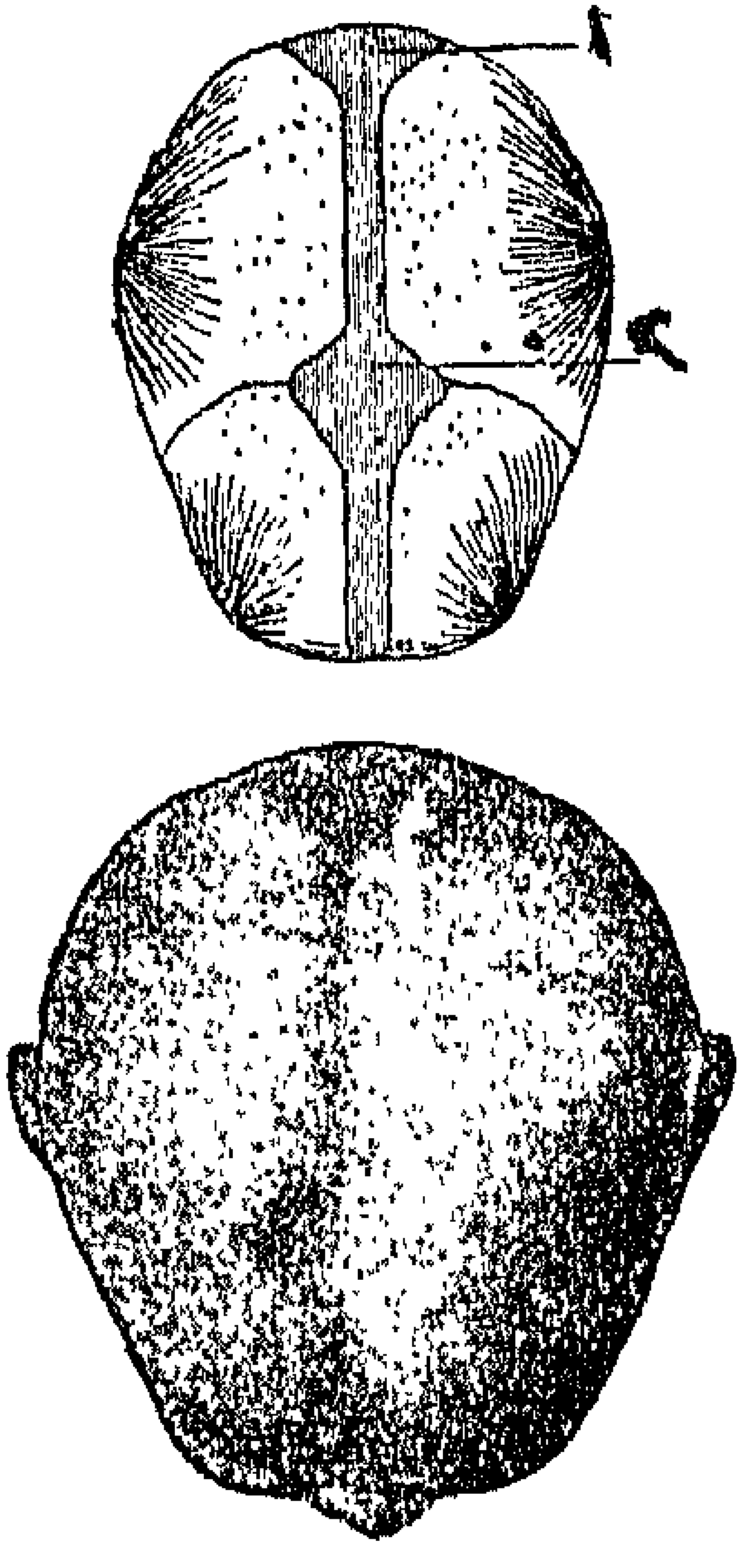
(ش ٧) ميزان الطفل

أما وزن الولد ونمو قامته منذ شهره الأول حتى السنة العشرين فهما مبينان على وجه التقريب فى الجدول التالى :

العمر	الوزن الوسط	الطول الوسط
فى ساعة الولادة	٣ كيلوجم إلى ٣ كيلو و٢٥٠ غراماً	٥٠ سنتيمتراً
فى الشهر الأول	٣ « و٥٠٠ غرام	٥٣ «
« « الثانى	٤ « و٢٥٠ غراماً	٥٦ «
« « الثالث	٥ «	٥٨ «
« « الرابع	٥ « و٥٠٠ غرام	٦٠ «
« « الخامس	٦ «	٦٢ «
« « السادس	٦ « و٥٠٠ غرام	٦٤ «
« « السابع	٧ «	٦٦ «
« « الثامن	٧ « و٥٠٠ غرام	٦٧ «
« « التاسع	٨ «	٦٨ «

العمر	الوزن الوسط	الطول الوسط
فى الشهر العاشر	٨ كيلوات و ٤٠٠ غرام	٦٩ سنتيمتراً
« « الحادى عشر	٨ « و ٧٠٠ «	٧٠ «
فى تمام العام الأول	٩ «	٧١ «
فى الشهر الخامس عشر	٩ « و ٥٥٠ غراماً	٧٤ «
فى الشهر الثامن عشر	١٠ «	٧٧ «
فى تمام العام الثانى	١١ «	٨٢ «
« « الثالث	١٣ «	٨٨ «
« « الرابع	١٤ « و ١٥٠ غراماً	٩٥ «
« « الخامس	١٥ « و ٥٠٠ غرام	متر واحد
« « السادس	١٧ «	متر واحد وعشرة سنتيمترات
« « السابع	١٩ «	متر واحد وخمسة عشر سنتيمتراً
« « الثامن	٢١ «	« « وعشرون «
« « التاسع	٢٣ «	« « وخمسة وعشرون «
« « العاشر	٢٦ «	« « وثلاثون «
« « الحادى عشر	٣٠ «	« « وخمسة وثلاثون «
« « الثانى عشر	٣٤ «	« « وأربعون «
« « الثالث عشر	٣٨ «	« « وخمسة وأربعون «
« « الرابع عشر	٤٢ «	« « وخمسون «
« « الخامس عشر	٤٦ «	« « وخمسة وخمسون «

من العام الخامس عشر إلى العشرين يكون الوزن : من ٥٥ كيلو إلى ٦٠ .
والطول : من متر واحد واثنين من السنتيمترات إلى متر وخمسة وستين سنتيمتراً .



(ش ٨) اليافوخ عند الولد
فى حالة الصحة الجيدة
١ — اليافوخ الخلفى
٢ — اليافوخ الأمامى

ولكى نتثبت من تزايد وزن الطفل نستعمل لهذه الغاية ميزاناً يسمى « ميزان الطفل » (Pèse-Bébé) وهو مؤلف من كفة عادية توضع فيها المثاقيل « الموازين » وكفة بشكل سلة مستطيلة يوضع فيها الطفل (ش٧ صفحة ٣٠) .

وإذا لم يتيسر وجود الميزان يمكننا أن نستعيض عنه بمراقبة اليافوخ المسمى « ميزان الفقير » . فهذا اليافوخ يظل طرياً حتى الشهر السادس ثم يتصلب شيئاً فشيئاً حتى يصير عظماً وذلك فى خلال الشهرين الخامس عشر والثامن عشر ، فإذا لم يتصلب فى هذه السن فذلك يعنى أن الطفل لا يتمتع بالصحة الجيدة ، وأن نموه بطىء فيعمد حالا إلى مداواته وتغذيته (ش٨)

نمو القامة

ليس لنمو القامة كبير شأن ، إذ أن صحة الطفل تعرف من وزنه لا من قامته ، وإذا شئنا التثبت من نمو القامة نمدد الطفل ، حيناً بعد حين ، على منضدة ، ونقيسه بمسطرة ذات أرقام ، أو بمتر من خشب .

إن معدل طول الطفل ساعة يولد هو خمسون سنتيمتراً ، ويزيد سنتيمترين كل شهر حتى الشهر السادس ، وسنتيمتراً واحداً كل شهر حتى السنتين ، وخمسة سنتيمترات أو ستة كل سنة حتى العام العشرين .

البكاء

إن لبكاء الطفل فى حالة الصحة أسباباً ، أهمها :

١ ـ الجوع : والدليل على ذلك بكاؤه قبل وقت إرضاعه ببضع دقائق ، وإذا حدث البكاء بعد الإرضاع أو قبل ميعاده بوقت طويل فذلك يعنى أن كمية الغذاء لم تكن كافية لإشباعه .

٢ ـ المغص : والدليل على ذلك بكاؤه فى أثناء الهضم .

وإذا لم يكن البكاء ناتجاً عن السببين المتقدمين فيكون ناتجاً إما عن تبلل قمطه ، وإما عن تجمع ثيابه ، وإما عن وخز من أحد الدبابيس .

وكثيراً ما ينتج البكاء عن إحدى العادات السيئة كعادة الحمل أو عادة الهز ، فإذا لم يحمل أو لم يهز سريره بكى ، ولإبطال مثل هذه العادات السيئة يجب على والدته ألا تعبأ ببكائه ، بل يجب وضعه فى سريره إلى أن يألف النوم دون حمل أو هز .

التطعيم

إن التطعيم ضد « الجدرى » هو إجبارى فى خلال السنة الأولى . وإذا لم يكن المرض منتشراً فالأفضل أن يطعم الطفل بعد مرور شهرين أو ثلاثة على ولادته . أما فى حالة انتشار المرض فيجب أن يطعم فى أسرع وقت ممكن ، ولا يجوز التأخير إلا إذا كان الطفل مريضاً أو مولوداً فى غير أوانه .

وكثيراً ما ينتج عن التطعيم بعض الاضطراب الصحى ، فليطمئن الوالدان بالاً ، لأنه ليس بذى خطر .

الوقاية من العدوى

لكى تقى الولد من العدوى يجب أن نبعده عن كل مريض .

وعلى الأم ألا تكلف نفسها معاملة ولد مصاب بمرض معد خوفاً من أن تنقل المرض إلى طفلها . وإذا كان لها ولدان أحدهما مريض والآخر صحيح واضطرت أن تُعنى بأمرهما معاً ، فعليها ساعة تدخل إلى غرفة المريض أن تلبس وشاحاً ، وساعة تريد الانتقال إلى غرفة الصحيح تخلع الوشاح خارجاً وتطهر وجهها ويديها قبل الدخول . وعليها أيضاً أن تحرم نفسها — ما دام أحد ولديها مريضاً — لذة عناقهما وتقبيلهما ، خوفاً من أن تنتقل العدوى من طريق العناق والتقبيل .

قياس الحرارة

إذا كان الولد فى صحة جيدة فلا حاجة إلى قياس حرارته . أما إذا كان مريضاً فيجب أن تقاس الحرارة فى الأوقات المعينة وتسجل على ورقة خاصة ، لأن معرفة الحرارة تساعد الطبيب على معرفة الداء ومعالجته ، والأفضل أن تؤخذ الحرارة من الشرج « باب البدن » بعد أن يغمس الميزان فى الفازلين أو الزيت النقى لئلا يؤلم الطفل .

35 6 7 8 9 40 1 2 3

(ش ٩) ميزان الحرارة

وبعد أخذ الحرارة يجب أن يطهر الميزان ويحفظ جيداً فى مكان نظيف .

وتؤخذ الحرارة بواسطة « ميزان الحرارة » ، وهو كما يظهر فى (شكل ٩) مقسوم إلى ثمانى درجات ، من ٣٥ إلى ٤٣ ، وتقسم كل درجة إلى عشرة خطوط .

الفصل الثالث

« ... من بين فرث ودم لبناً خالصاً سائغاً للشاربين » (قرآن كريم)

تغذية الطفل

إن مسألة التغذية هى أهم ما يعنى به فى رعاية الطفل . وعندما نعلم ، بعد إحصاء الوفيات فى العالم ، أن سدسها من الأطفال الذين يصابون بالإسهال المتأتى عن سوء التغذية ، ندرك أهمية هذه المسألة ، ونعمل على الوقاية من مرض الإسهال بالسهر الدائم على تغذية الطفل .

أما التغذية ، بالنظر إلى حالة الطفل الصحية ، فتقسم إلى قسمين :

ا — تغذية الطفل فى حالة الصحة

ب — تغذية الطفل فى حالة المرض

تغذية الطفل فى حالة الصحة

إن عهد الطفولة ، بالنظر إلى التغذية ، يقسم إلى دورين أساسيين :

الدور الأول : يمتد من يوم الولادة حتى الشهر الثامن[1] تقريباً ، ويقتصر فيه على التغذية باللبن الحليب فقط .

(١) يمكننا ألا نعتبر الشهر الثامن الحد الفاصل بين الدورين ، إذ نقدر أن نقدم للطفل بعض المغليات قبله أو بعده ، وذلك حسبما تقتضيه حالة الهضم عنده .

الدور الثانى : يمتد من الشهر الثامن حتى الفطام وفيه يعطى الطفل مع اللبن الحليب بعض المغليات .

الدور الأول

تغذية الطفل فى الأشهر الثمانية الأولى

إن للطفل فى الدور الأول ثلاثة أنواع من اللبن الحليب يمكننا أن نعتمد أحدها :

الأول : لبن الأم والمرضعة ، أو الإرضاع الطبيعى

الثانى : لبن البقرة أو الإرضاع الاصطناعى

الثالث : لبن الأم والبقرة معاً أو « الإرضاع الطبيعى — الصناعى »

ملاحظة :

إن لبن الأم هو المفضل على سائر أنواع التغذية، خصوصاً إذا امتصه الطفل من ثديي أمه بدون واسطة ، وذلك لأسباب أهمها :

١ — يُبعدُ الأطفال عن خطر العدوى من الأمراض المصابة بها الحيوانات التى يتغذى بحليبها (انظر تعقيم اللبن الحليب ص ٤٤)

٢ — أن تركيب لبن الأم يختلف عن تركيب لبن غيرها كما هو مبين فى الجدول التالى (عن كتاب مارفان) :

نوع اللبن	جبن	سكر اللبن	زبدة	مقدار التغذية فى الليتر
لبن الأم	١٥ غراماً	٦٣ غراماً	٣٨ غراماً	٦٥٠
لبن البقر	٣٣ »	٥٥ »	٣٧ »	٧٠٠
لبن الماعز	٤٠ »	٤٣ »	٤٧ »	٨٠٠
لبن الأتان	١٦ »	٦٠ »	٣٨ »	٤٦٠

٣ ــ أن اختلاف التركيب فى كمية اللبن يحدث اختلافاً فى هضمه فيكون إما عسراً وإما سهلا . ولهذا يفضل أن يعطى الطفل لبن أمه بدلا من لبن المرضعة ، إلا إذا حدث ما يمنع ذلك كمرض الأم مثلا أو قلة درّها .

الإرضاع الطبيعى

ا ــ لبن الأم : على الأم أن تراعى فى إرضاع ولدها أربعة شروط :

الأول ، وهو على قسمين :

١ ــ أن تنظم أوقات الرضاعة ٢ ــ أن تعين كمية اللبن الحليب .

١ ــ أوقات الرضاعة :

الطريقة الفضلى المتبعة هى أن يرضع الطفل مرة كل ثلاث ساعات ، وست مرات فى اليوم فقط . أما الأطفال النحفاء البنية والمعرضون للقىء فالأفضل أن يرضعوا مرة كل ساعتين أو أقل بحسب الظروف . ومدة الإرضاع هى من عشر دقائق إلى خمس عشرة دقيقة .

٢ ــ كمية اللبن الحليب :

إن كمية اللبن الحليب تختلف باختلاف شهوة الطفل ، ويمكننا أن نتبين كثرتها أو قلتها من وزن الرضيع استناداً إلى الجدول التالى :

العمـــر	الوجبة الواحدة	كمية اللبن فى اليوم
اليوم الأول	لا شىء	لا شىء
« الثانى	٢٠ غراماً	١٢٠ غراماً
« الثالث	٣٠ «	١٨٠ «
« الرابع	٤٠ «	٢٤٠ «
« الخامس	٥٠ «	٣٠٠ «
« السادس	٦٠ «	٣٦٠ «
« السابع	٧٠ «	٤٢٠ «
	الأسبوع الثانى	
« الثامن	٨٠ غراماً	٤٨٠ غراماً
« التاسع	٨٠ «	٤٨٠ «
« العاشر	٩٠ «	٥٤٠ «
	هكذا حتى نهاية الأسبوع الثالث	
فى الأسبوع الرابع	١٠٠ غرام	٦٠٠ غرام

ونمشى على هذه الخطة ، وفقاً للجدول المتقدم، حتى الشهر الخامس ، فنضيف عشرة غرامات إلى كل وجبة فى أول كل شهر . وبعد الشهر الخامس نقف عن الزيادة حتى الشهر الثامن، أى حتى نهاية الدور الأول .

وقد تنقص كمية اللبن أوتزاد مراعاة اوزن الطفل،وهو على وجه التقريب كما هو مبين فى الجدول التالى :

العمر	الوزن
الشهر الأول	٤ كيلوجم
« الثانى	٤¾ «
« الثالث	٥½ «
« الرابع	٦¼ «
« الخامس	٦¾ «

فإذا نقص وزن الطفل عن المعدل المذكور وجب أن تزاد كمية اللبن الحليب وإذا زاد وزنه حَسُنَ أن تنقص .

الثانى : أن تعنى الأم بأمر صحتها — أمران لا يجوز أن تهملهما الأم المرضع وهما : أن تغذى نفسها جيداً ، وأن تريح جسمها .

أما تغذية نفسها فهى من الضروريات التى لا يجوز إهمالها ، وذلك لأن الأم يجب أن تأخذ من المغذيات ما يقوى جسمها وما يوفر لطفلها الغذاء الكافى ، فهى ، والحالة هذه ، تأكل لنفسها ولولدها ، ويجب أن تختار من المأكولات ما يعطى اللبن الحليب الجيد ، فالثوم والبصل هما من المأكولات المحرمة على الأم لأنهما يكسبان اللبن الحليب طعماً ورائحة غير مرغوب فيهما ، وكذلك الإكثار من الكحول لأنه يعرض الرضيع لنوبات عصبية . ويقال إن الإكثار من شرب الجعة « البيرة » وأكل الحبوب ، يزيد لبن الأم .

وأما إراحة جسمها فأمر لا يقل شأناً عن تغذيته ، ولهذا يجب عليها أن تنام مبكرة وتستيقظ متأخرة ، وأن تتجنب السهرات الطويلة ، وألا تتعرض للتأثرات النفسية المزعجة .

وعليها ألا تأخذ الأدوية المغذية إلا بإشارة من الطبيب ، لأن مثل هذه

الأدوية إذا أكثرت اللبن الحليب فقد تضر بالطفل .

وأن تمتنع عن أخذ المسهلات الفعالة لأنها تخفف اللبن .

الثالث : أن تعرف سبب امتناع الطفل عن الرضاعة :

إن لتمنع الطفل عن الرضاعة أسباباً ناشئة عنه ، وأسباباً ناشئة عن أمه .

أما الأسباب الناشئة عنه فأهمها :

أولا : أن يكون قليل الشهوة ، فتعمد الأم إلى استحلاب اللبن من ثدييها بواسطة مصاصة خاصة تباع فى الصيدليات ، وترغم طفلها على تناوله .

ثانياً : أن يكون مصاباً بالإمساك ، فتعطيه قليلا من زيت الخروع .

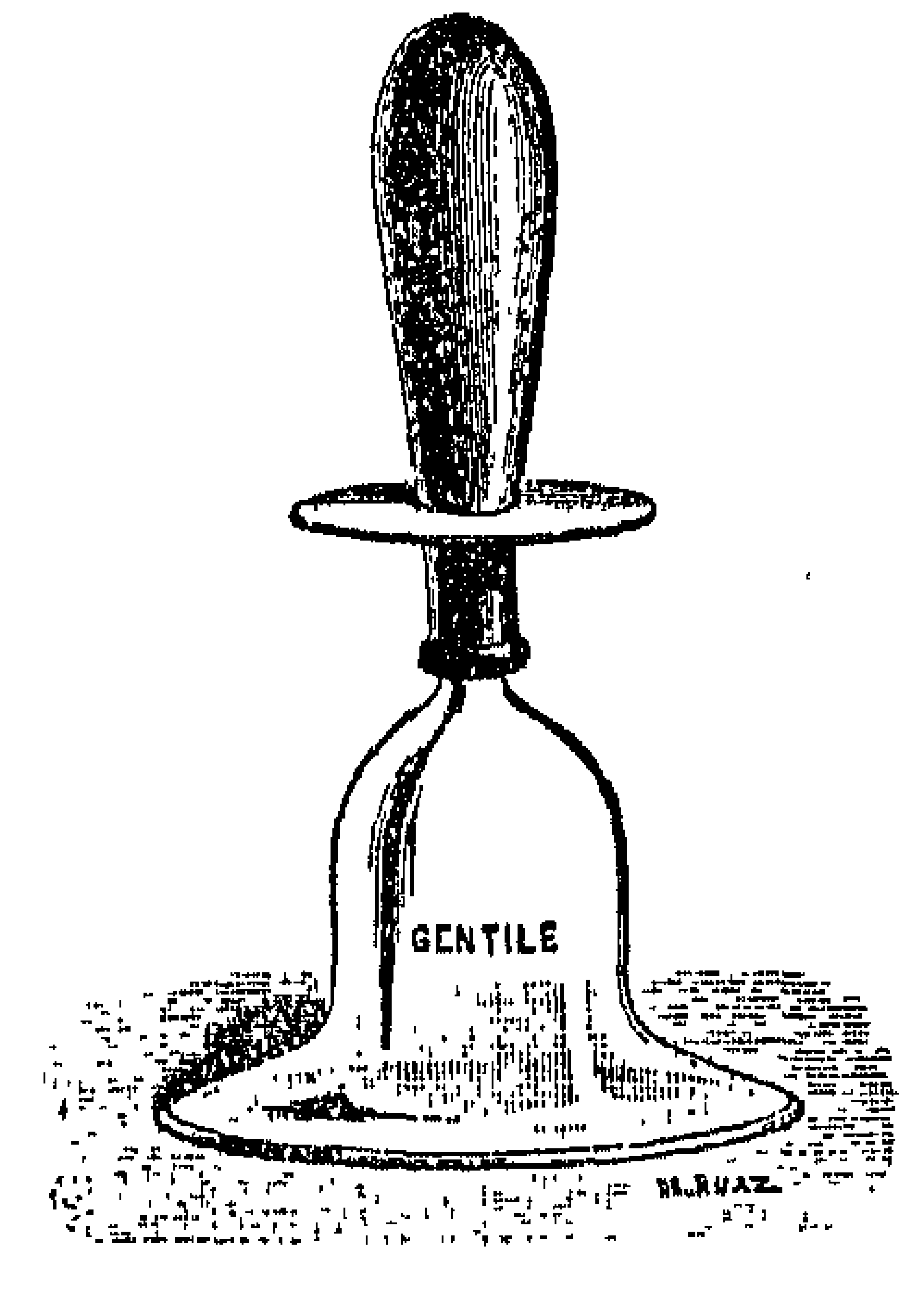
ثالثاً : أن يكون مشقق الشفتين أو مصاباً بألم ما فى فمه، فإذ ذاك يسقى اللبن بالملعقة .

رابعاً : أن يكون عاجزاً عن امتصاص اللبن من الثدى ، لانحطاط قواه بسبب بعض الأمراض التناسلية .

خامساً : أن يكون عاجزاً عن هضم لبن أمه، فيُعمَد إلى إعطائه لبناً غيره يقدر أن يهضمه .

وأما الأسباب الناشئة عن الأم، فأهمها :

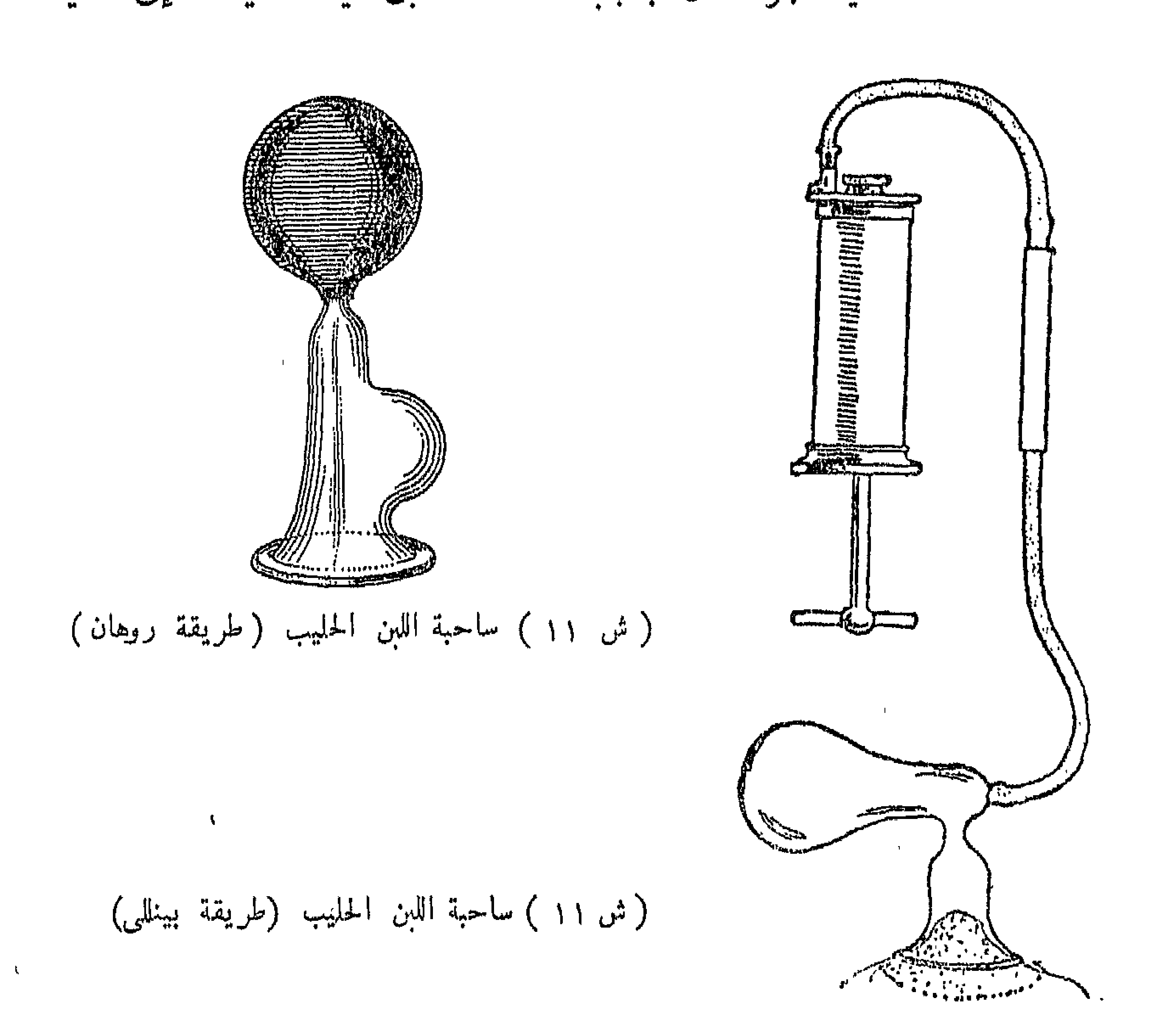
أولا : أن تكون حلمة الثدى قصيرة أو غائرة لا يقدر الطفل على التقاطها ، فيجب والحالة هذه أن يستحلب اللبن من الثديين بالمصاصة الخاصة ، المسماة الحلمة الصناعية (شكل ١٠) .



(ش ١٠) الحلمة الصناعية

ثانياً : أن تكون حلمة الثدى متشققة، فيعمد إلى استعمال المصاصة الخاصة المسماة ساحبة اللبن وهى نوعان (ش ١١) لاستحلاب الغذاء ، وإلى مداواة الحلمة بالمراهم ، لتزول الشقوق ، وتعود الأم إلى إرضاع طفلها .

ثالثاً : أن يتحجر الثدى بسبب احتقان اللبن فيه ، فيعمد إلى تدليكه



(ش ١١) ساحبة اللبن الحليب (طريقة روهان)

(ش ١١) ساحبة اللبن الحليب (طريقة بينللى)

وتطريته بلزق حارة ، حتى إذا زال التحجر وعاد الثدى إلى وظيفته لا يرضع الطفل منه إلا بعد مضى بضعة أيام على شفائه .

رابعاً : أن يكون الحليب غزيراً جداً ، فيتناول الطفل منه أكثر من معدله فيصاب بالقيء أو الإسهال الأخضر . أو أن يكون قليلا جداً فيرضع الطفل وقتاً طويلا دون أن يحصل على ما يكفيه فيكثر بكاؤه ويصيبه إمساك شديد وهزال ،

أو أن يكون اللبن فاسد التركيب فتظهر على الطفل الأعراض المتقدمة عينها ، وسبب ذلك إما مرض الأم ، وإما سوء تغذيتها ، وإما إكثارها من شرب الكحول .

الرابع : أن تعرف متى يجب أن تمتنع عن إرضاع طفلها :

يجب على الأم أن تمتنع عن إرضاع طفلها فى الحالات التى ذكرناها سابقاً ، وعندما تكون مصابة بالأمراض التالية :

١ ــ السل : فى هذه الحالة تمتنع الأم عن إرضاع طفلها لغايتين : الأولى : لكى لا تضعف فيتملك منها المرض ويستحيل بعدئذ شفاؤه ، والثانية : لكى لا تنتقل العدوى إلى الطفل .

٢ ــ الزهرى .

٣ ــ الهستيريا أو الصرع أو ضعف الأعصاب .

٤ ــ أمراض القلب .

٥ ــ البول الزلالى الخطر .

٦ ــ حالة الحمل .

ب ــ لبن المرضعة :

إن الطب ينصح بضرورة الإرضاع من الأم ، أما إذا تعذر ذلك لأسباب قاهرة فيجب الالتجاء إلى مرضعة يراعى فيها أمران : تركيب لبنها ، وحالتها الصحية .

أما اللبن الحليب فيتغير تركيبه الكيماوى بتقدم عمره (أى اللبن) من يوم الولادة ، ولهذا ينبغى أن يتساوى عمر اللبن وعمر الولد ، وهذا صعب جداً لأن الأم التى ترضع طفلها لا يجوز أن تفطمه لترضع غيره قبل أن يبلغ الشهر السابع من العمر وإلا كانت قد جنت عليه جناية كبيرة .

وإذا أبت المرضع أن تكرس نفسها لولدها مدة سبعة أشهر فلا يجوز

أن ترضع غيره قبل مضى ثلاثة أشهر على ولادتها . لأن الأمراض التناسلية وخصوصاً الزهرى لا تظهر إلا بفحص الطفل بعد الشهر الثالث من عمره ، حتى إذا وجد شيء من ذلك فى طفلها حرم لبنها على غيره .

إن تركيب اللبن الحليب يعرف عادة بالتحليل الكيماوى ، وهنالك طريقة سهلة يستدل بها على جودته ، وهى أن يوزن الطفل ثم يرضع فيوزن ، حتى إذا جاءت زيادة وزنه بعد الإرضاع سوافقة للجدول المبين فى صفحتى (٣١ و ٣٩) كان تركيبه حسناً وبالعكس ، وأن تجمع المرضع قليلا من لبنها فى ملعقة نظيفة لترى أيكون لونه طبيعيـاً أم غير طبيعى .

إن حجم الثدى لا يدل على جودته ، ولكن العروق الظاهرة على الصدر والثديين هى خير دليل على غزارة اللبن . ويجب الانتباه إلى حالة الحلمتين عند المرضع ، حتى إذا كانتا مشققتين أو مشوهتين ، وجب أن يستبدل بهذه المرضعة غيرها .

ومن أوضح الأدلة على جودة لبن المرضع مايأتى :

أولا : وزن الطفل قبل الإرضاع وبعده على أن تكون مدة الرضاعة من عشر دقائق إلى خمس عشرة دقيقة وأن يستند إلى الجدول المبين فى صفحتى ٣١ و ٣٩ كما تقدم .

ثانياً : أن يكون ولدها نامياً ، أما إذا كان مريضاً أو نحيلا فيجب الاستغناء عنها .

وأما حالتها الصحية ، فإذا كانت المرضع مصابة بمرض ما من الأمراض التى ذكرناها آنفاً فيجب رفضها . وهنالك مرضان يصعب إدراكهما إلا بالمراقبة الدقيقة ، وهما : (١) السل : ومن علاماته البارزة السعال المزمن ، والندبة فى العنق مقابل الغدد . (٢) الزهرى : ولا يعرف إلا بعد أن يفحص دمها أو ولدها بعد مرور ثلاثة أشهر على ولادته كما تقدم .

أوقات الإرضاع من المرضعة :

إن أوقات الإرضاع من المرضعة لا تختلف عن أوقات الإرضاع من الأم ، وقد تكلمنا عليها آنفاً .

الإرضاع الصناعى

إن الإرضاع الصناعى يتم بواسطة زجاجة توضع على فمها ممصّة مثقوبة من المطاط ، ويكون شكلها شبيهاً بشكل حلمة الثدى . وله أربعة شروط :

الأول — متى يجب الالتجاء إليه ؟

لا يجوز الالتجاء إلى الإرضاع الصناعى إلا بعد أن يتعذر الحصول على لبن الأم ، وذلك لأن لبن البقرة أقلّ فائدة للطفل من لبن أمه. ولا يكون الإرضاع الصناعى كافياً لتغذية الطفل ونموه إلا إذا روعيت فى تحضيره الطرق الفنية .

الثانى — أى نوع من اللبن يجب استعماله ؟

لكى نتمكن من الإجابة عن هذا السؤال ينبغى أن نحلل تركيب كل نوع من لبن الحيوانات ، ثم نعدله ، ليصبح شبيهاً بتركيب لبن المرأة .

وهذا جدول لبيان تركيب أنواع اللبن الحليب :

اللبن الحليب	جبن	سكر	زبدة
لبن المرأة	١٥ غراماً	٦٣ غراماً	٣٨ غراماً
لبن البقرة صافياً	٣٣ »	٥٥ »	٣٧ »
لبن البقرة ممزوجاً بمقدار نصفه من الماء	١٦,٥ »	٢٧ »	١٦ »

وهذا الجدول يدلنا على أن لبن البقرة إذا مزج بمقدار نصفه من الماء ، وأضيفت ملعقة صغيرة من السكر إلى كل كأس من اللبن تسع (٢٥٠ غراماً) أصبح أقرب شبهاً بلبن الأم من سواه .أما إذا أصيب الطفل بالإسهال فيجب أن تزاد كمية الماء وتنقص كمية السكر ، أى أن يمزج اللبن بأكثر من نصفه ماء وأن يضاف إلى الكأس أقل من ملعقة سكر (انظر جدول تركيب اللبن) .

الثالث — كيف نحافظ على نقاوة اللبن الحليب ؟

إن تعقيم اللبن هو أفضل وسيلة لحفظه نقياً، لأنه إذا طال عليه الزمن بعد الحلب أصبح عرضة للفساد. إن بعض الأطباء قالوا بأفضلية اللبن الحليب النيء، غير أن التجارب أظهرت عكس ذلك، وقالت بضرورة تعقيمه، وذلك لأن اللبن النيء قد ينقل إلى الطفل بعض أمراض البقرة ، ولا سيما السل ، وإذا اضطررنا إلى استعماله فيجب أن يكون ذلك بعد الحلب حالا ، أو أن يحفظ فى برّاد ، وإلاّ ، فإنه يسبب اضطراباً فى الجهاز الهضمى .

إن تعقيم اللبن بالحرارة يحفظه من الفساد ويقتل فيه المكروبات إذا وجدت .

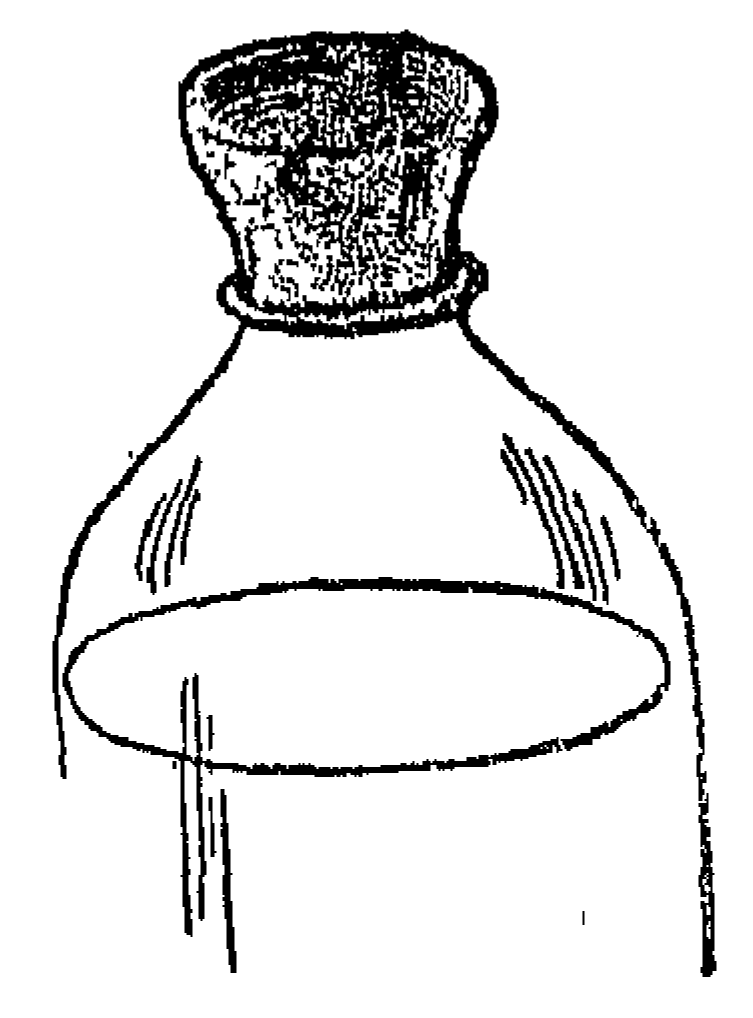
واللبن الحليب المعقم على نوعين : (١) محفوظ فى العلب (٢) وطازج .

أما اللبن الحليب المحفوظ فى العلب ، فإنه يستعمل عادة فى المدن حيث يتعذر الحصول على اللبن الطازج .

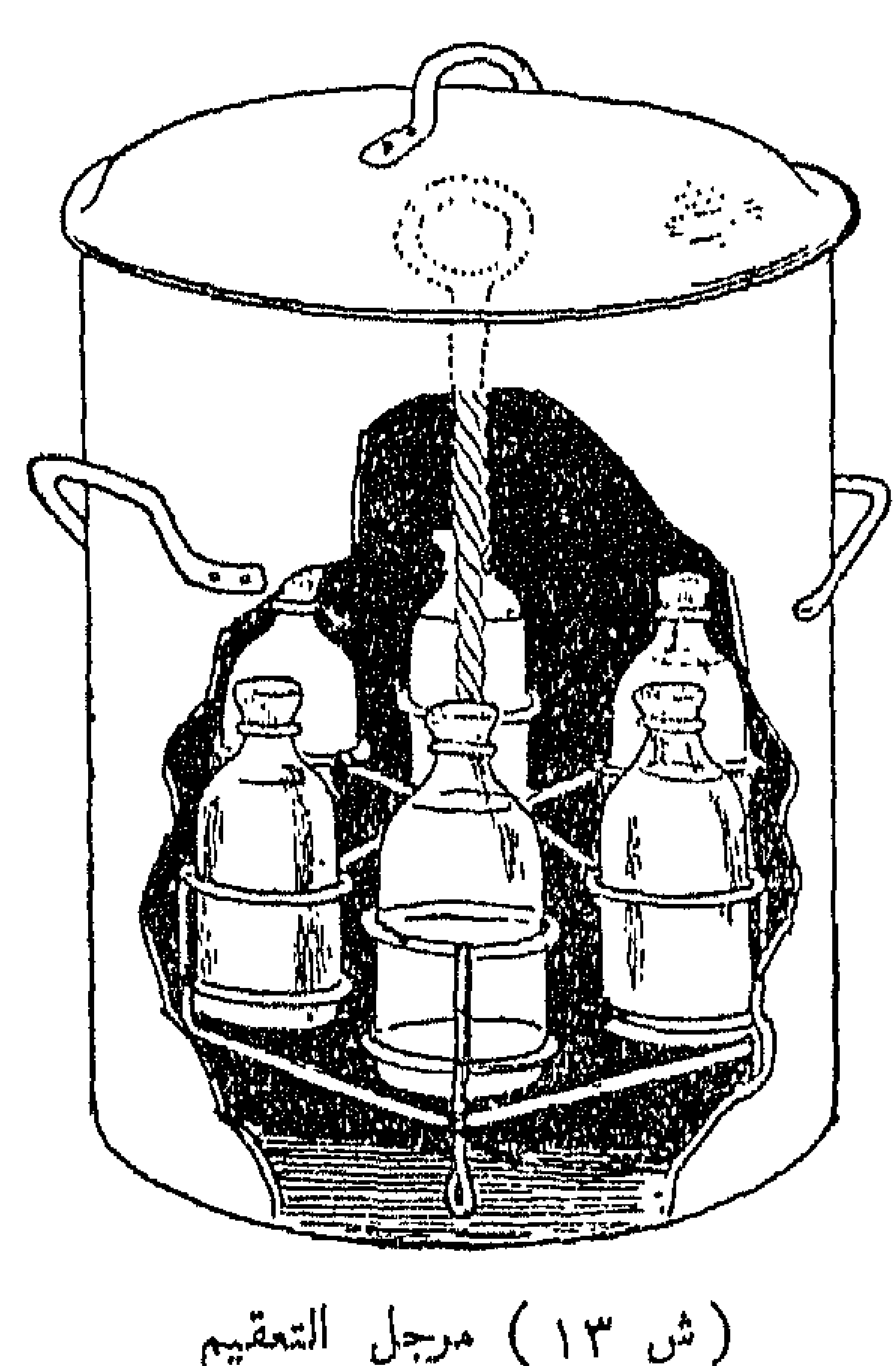
وعلب اللبن الحليب يكفى أصغرها لتغذية الطفل خلال يوم واحد، ولو قدر لأصحاب معامل التعقيم أن يجهزوا لكل وجبة علبة واحدة لكان ذلك أكثر فائدة للطفل . أما وقد أبت المصلحة التجارية إلا أن تكون العلب كبيرة ، فمن الواجب أن توضع العلبة فى البرّاد بعد فتحها حالا .

وأمّا اللبن الطازج فيجب أن يعقم حالا بعد الحلب ، وأن يؤكل فى يوم واحد ، وأن يحفظ فى مكان بارد .

وطريقة تعقيم اللبن فى البيت هى — على حسب «جانتيل» — كما يلى : أن توضع مؤونة الطفل من اللبن الحليب ليوم واحد فى عدة زجاجات ، على أن يكون فى كل منها مقدار وجبة واحدة بحسب عمر الرضيع . ثم تسد الزجاجات بسدادات خاصة محكمة بواسطة غشاء من المطاط (ش ١٢) ثم توضع فى مرجل خاص وتغلى مدة ثلاثة أرباع الساعة (ش ١٣) وعندما تبرد الزجاجات ينبعج غشاء المطاط فى سطحه ليدل على أن الهواء بات غير قادر على الدخول إلى الزجاجة . ولا تفتح الزجاجة إلا عند الإرضاع .



(ش ١٢) سدادة من المطاط



(ش ١٣) مرجل التعقيم

الرابع — اللبن الحليب المركب :

ويجوز أن يحول اللبن الحليب الطبيعى ويركب تركيباً صناعياً فيصبح أنواعا أهمها :

١ — اللبن المجمد المحلّى : عندما يتعذر الحصول على اللبن الحليب الجيد يكون استعمال هذا النوع من أفضل الوسائل لتغذية الطفل ، وذلك بأن تؤخذ ملعقتان

صغيرتان منه ، وتمزجا بمقدار ثمانين غراماً من الماء المغلى .

٢ ــ اللبن الحليب المجفف : ويؤخذ منه أربع ملاعق صغيرة ممزوجة بمائة غرام من الماء المغلى .

٣ ــ اللبن الحليب المستخرجة منه الزبدة : ويستعمل فى حالة عسر الهضم .

٤ ــ اللبن الحليب المضاف إليه الينسون : ويستعمل أيضاً فى حالة عسر الهضم .

٥ ــ اللبن الحليب الكثير الحلاوة : لا شيء يميزه عن غيره سوى أن كمية السكر فيه كثيرة .

٦ ــ اللبن الحليب المستخرج منه سكره : وهو عكس اللبن الحليب السابق ، ويقوم مقامه اللبن الحليب المختر ، إذ أن السكر فيه يتحول إلى حامض اللبن .

٧ ــ اللبن المختمر : إن الاختمار يحول تركيب اللبن الحليب فى كل مواده تقريباً ، وأفضل أنواعه : اللبن الرائب « الكفير » (Képhir) و « البابير » (Babeurre) وهو يستعمل لتغذية الطفل فى حالة المرض .

أوقات التغذية :

إن أوقات التغذية بأنواع هذا اللبن لا تختلف عن أوقات التغذية بلبن الأم .

صعوبة الإرضاع الصناعى

إن الصعوبات التى تنشأ عن الإرضاع الصناعى هى أكثر جداً من الصعوبات التى تنشأ عن الإرضاع الطبيعى . وقد تندر إذا حافظنا على المعلومات التالية :

إذا ثبت لدينا أن من أنواع اللبن الصناعى ما يسبب أمراضاً كثيرة ، سندرسها فى الباب الثانى من هذا الكتاب ، وأن منها ما يؤثر تأثيراً سيئاً فى حياة

الطفل فيسبب له فى المستقبل داء الكساح وغيره ، وأن منها ما يسبب الهزال وفقر الدم والاضطراب فى الهضم . . . إذا ثبت لدينا كل ذلك ، أدركنا أن أهم الأسباب أربعة :

أولا — التغذية الناقصة :

إذا كانت التغذية ناقصة لم يشعر الطفل بألم أو مرض ما، لكن يقلّ وزنه، ويصبح عرضة للقيء الذى لا يزول إلا بعد أن تزاد كمية الغذاء .

ثانياً — التغذية الزائدة :

لقد صح المثل القائل : « الزائد أخو الناقص » وقد تكون الزيادة أكثر ضرراً من النقصان ، إذ أن زيادة الإرضاع تسبب الإسهال الذى هو أدعى إلى الضعف من نقصان كمية الغذاء .

ثالثاً — رداءة اللبن الحليب :

وهى تسبب أضراراً سريعة كالتهاب المعدة والأمعاء الذى ينشأ غالباً عن الخطأ فى تعقيم اللبن ، وأضراراً بطيئة كالانحطاط وضعف الأمعاء وعسر الهضم .

رابعاً — عدم ملاءمة اللبن الحليب :

وتأتى أعراضه ، على الغالب ، متأخرة ، فيبدو الولد هزيلا تنتابه نوبات قىء أحياناً . عندئذ يجب تغيير نوع اللبن الحليب .

الدور الثانى

تغذية الطفل من الشهر الثامن حتى الفطام

إن اللبن الحليب وحده، بعد الشهر الثامن، يصبح غير كاف للتغذية، لأن نمو الجسم يتطلب ، حينذاك ، غذاء أقوى . ولهذا يجب أن تعدل طريقة

التغذية بأن يعطى الولد ما يسمى « المغليات الأولى » وهى عبارة عن مزج مقدار وجبة عادية من اللبن الحليب بملعقة صغيرة من دقيق الحنطة أو الأرز أو الشعير ، ولكى لا يتجمد الدقيق كتلا كتلا يجب مزجه ، تدريجيًّا ، باللبن الحليب وهو بارد ، ثم يغلى . وأنواع الدقيق كثيرة منها :

ا ــ أنواع الدقيق البسيط

١ ــ دقيق القرطمان :

وهو غنى بالمواد الدهنية، ولهذا فإنه يلين البطن، ويفيد الأطفال المصابين بالإمساك .

٢ ــ دقيق الأرز :

وهو يسبب الإمساك ، ولهذا فإنه مفيد للأطفال المصابين بالإسهال .

٣ ــ الأراروط :

يستخرج من جذور بعض النباتات، وهو شبيه بدقيق الأرز فى تركيبه .

٤ ــ دقيق الحنطة :

وهو غنى بالمواد الزلالية وفقير فى المواد النشوية .

وفيما يلى جدول للمواد الغذائية فى كل من أنواع الدقيق لكمية مائة غرام :

نوع الدقيق	مادة زلالية	مادة دهنية	نشا	درجة القوة المغذية
دقيق الحنطة	١١,٢٩	١٠,١١	٧٥	٣٥٢
« الأرز	٧,٥٦	٠,٥٩	٨٠	٣٥٠
« الأراروط	١,٠٥	٠,٢٠	٨٥	٣٤٤
« القرطمان	١٤,٧٣	٦,٧٠	٦٧	٣٨٠
« البطاطا	٠,٨٨	٠,٠٥	٨١	٣٢٤
« الذرة	٨,٥٤	٣,٣٨	٧٢	٣٤٨
« الشعير	١١,٥٥	٢,١٨	٧٠	٣٢٤

ب ــ أنواع الدقيق المركب

وعندما يملّ الطفل هذا الدقيق ، يجوز أن يعطى الدقيق المركب من أنواع عدة . وهو يوجد عادة مستحضراً ،ويباع فى الأسواق، ومنه :

١ ــ الأديستوز :

وهو مركب من دقيق الحنطة والقرطمان ،وخاصته أنه غنى بالفوسفور .

٢ ــ الدقيق مع اللبن الحليب :

ويستحضر عادة من اللبن الحليب ودقيق الخبز المحمس « المحمص » .

التغذية فى زمن الفطام

الفطام هو منع الطفل من الرضاعة من ثدى أمه

متى يفطم الرضيع ؟

إن أفضل طريقة لتسهيل عملية الفطام هى أن يعطى الطفل، ابتداء من الشهر الثانى ، وجبة أو وجبتين من غير لبن أمه . وبذلك يُعَوَّد، تدريجيًّا ، الاستغناء عن الثدى .

وخير زمن للفطام هو ما بين الشهر العاشر والثامن عشر .

ويجب أن يراعى فى زمن الفطام اعتدال الجو ،فنى حالتى البرد الشديد والحر الشديد لا يجوز الفطام،لأن الطفل فى هاتين الحالتين يحتاج إلى خير الأغذية، ليقاوم هذين العنصرين المضعفين .

أمّا إذا كان الطفل ضعيفاً فيجب أن يؤخر زمن فطامه ، إلى أن تتحسن صحته وتنشط قواه .

ويصبح الفطام إجباريًّا عندما يجف لبن الأم ، أو عندما تسوء صحتها ، أو فى حالة الحمل .

كيف يفطم الرضيع ؟

يتّم الفطام إما تدريجيًّا ، وإما دفعة واحدة .

أما الفطام التدريجى فهو أن يُعَوَّد الولد أن يأكل من غير لبن أمه مرة أو مرتين كل يوم ، ثم يزداد ذلك إلى أن يستغنى عن ثدى أمه بما يتناوله من المغذيات التى ذكرناها آنفاً .

وأما الفطام المفاجئ فهو أن ينتقل الطفل دفعة واحدة إلى الإرضاع الصناعى لأسباب ذكرناها فى باب الإرضاع الطبيعى ، ثم يعطى بعد الشهر التاسع بعض المغليات الأولى كما تقدم .

التغذية بعد الشهر الثانى عشر

بعد الشهر الثانى عشر تتغير التغذية تغيراً هامًّا . وسبب ذلك أن الطفل فى هذه السن يصبح بحاجة إلى أطعمة أقل حجماً وأكثر تغذية ، وفضلا عن ذلك يجب أن يقلل عدد الوجبات فى اليوم ، وأن تكون المدة بين الوجبة والوجبة أطول .

وبعد الشهر الثانى عشر تصبح معدة الطفل قابلة لاستيعاب كمية أكبر من الغذاء ولهذا يفضل أن يعطى كمية اللبن الضرورية لمدة أربع وعشرين

ساعة على خمس دفعات (٢٠٠ غرام فى كل دفعة) — يعطى ثلاث وجبات كل واحدة منها مركبة من مائتى غرام من اللبن الحليب وثلاث ملاعق من الدقيق، ويعطى وجبتين من اللبن الحليب الصرف كل واحدة مائة وخمسون غراماً — والجدير بالذكر هو أن وجبة اللبن الحليب الصرف لا تعطى إلا بعد وجبة اللبن والدقيق بأربع ساعات ، أما وجبة اللبن والدقيق فتعطى بعد وجبة اللبن الصرف بثلاث ساعات.

ويجوز تنظيم الوجبات على حسب الطريقة التالية :

الساعة	٧½	وجبة من المغليات	٢٠٠	غرام
»	١٠	وجبة من اللبن الحليب	١٥٠	غراماً
»	١٢½	وجبة من المغليات	٢٠٠	غرام
»	٤	وجبة من اللبن الحليب	١٥٠	غراماً
»	٧	وجبة من المغليات	٢٠٠	غرام

وعلاوة على ما تقدم يجوز أن يعطى الولد بعد الشهر الخامس عشر إلى الشهر الثامن عشر مُحّ « صفار » بيضة دجاج واحدة مرة فى اليوم .

التغذية بين الشهر الثامن عشر إلى تمام السنتين

بدا لنا مما تقدم أن الولد ظل يأخذ مقدار ليتر واحد من اللبن الحليب صرفاً أو ممزوجاً بالدقيق فى كل يوم ، فإذا كان نموه ، مع هذه الكمية من الغذاء ، طبيعيا، فينبغى أن نحافظ على هذا المقدار من التغذية حتى السنتين .

وإذا ظهرت أعراض سوء الهضم عند الولد ، فيكون ذلك ناتجاً عن كثرة اللبن الحليب، فيجب عندئذ إنقاصه والاستعاضة عنه بحساء البطاطا وغيره، مع العمل بالمبدإ: « كمية أقل وتغذية أقوى » ونقلل أيضاً عدد الوجبات فيعطى الولد أربعاً فقط فى اليوم ، كما يلى :

الساعة ٨ : ٢٠٠ أو ٢٥٠ غراماً من اللبن مع الدقيق المركب أو البسيط
» ١٢ : بيضة (أو قليل من السمك أو النخاع مرة فى الأسبوع)
مع الحساء (١٠٠ غرام) وقليل من الخبز والفواكه النيئة
أو المغلاة .
» ٤ : ١٥٠ غراماً من اللبن الحليب مع الكعك
» ٨ : أحد المغليات (٢٥٠ غراماً)

يجب أن نمتنع عن إعطائه اللبن الحليب بعد هذه الوجبات .

أما أفضل المشروبات للولد، فهو الماء القراح .

التغذية بعد السنتين

وبعد السنتين يجوز أن يعطى الولد عند الظهر قليلا من اللحم أو السمك أو النخاع .

ثم يتدرج فى الأكل حسبما يقتضيه مزاجه وقوة معدته على الهضم، إلى أن يصبح فى مصاف الأولاد الكبار .

الباب الثانى

الطفل المولود فى أوانه

فى حالة المرض

الإرضاع فى حالة الصحة هو غير الإرضاع فى حالة المرض ، ولهذا ، عندما يصاب الطفل بمرض ما ، يجب أن تفرض عليه الحمية . أما غذاؤه فى مثل هذه الحالة فيختلف باختلاف المرض . واستناداً إلى نوع المرض نقسم بحثنا فى هذا الباب إلى أربعة أقسام :

١ — اضطراب الجهاز الهضمى ٢ — تأخر نمو الطفل
٣ — الزهرى والإرضاع ٤ — أنواع الحمية والأغذية اللازمة لها .

إن تشخيص الأمراض فى الأطفال هين جداً ، غير أن مداواتها صعبة تتطلب الكثير من الدقة والسهر والاعتناء .

الفصل الأول

اضطرابات الجهاز الهضمى

إن اضطرابات الجهاز الهضمى تنشأ إما عن عجز الطفل عن هضم اللبن الحليب وإما عن التهاب المعدة والأمعاء .

١ – عجز الطفل عن الهضم

كثيراً ما نجد بعض الأطفال يعجزون عن هضم لبن الأم ، والبعض الآخر يعجزون عن هضم لبن البقر وغيره، وقد نجد بينهم من يعجزون عن هضم سائر أنواع اللبن . ومنهم من يتمكنون من هضم كمية قليلة فى النهار تقدر بـ ٢٠٠ غرام فقط . فى مثل هذه الحالة يجب الامتناع عن إعطاء اللبن الحليب ، والعمل بأصول الحمية الموضحة فى أواخر هذا الباب .

وغالباً يبدو الولد فى مثل هذه الحال ذا صحة جيدة ، ولكن يظهر على جلده « الشرى » الخفيف أو أكزيما رطبة « ربة » ويصاب بإمساك شديد . وإذا لم يتغير اللبن أو يخفف أصيب الولد فجأة بالتهاب المعدة ، وتنحط قواه انحطاطاً سريعاً .

٢ – التهاب المعدة والأمعاء

إن من أعراضها الأولية فقدان الشهوة ، والقيء الخفيف . وعندما تشتد يكثر القيء والإسهال ، ويظهر حول شرج الطفل احمرار يسبب ألماً مبرحاً .

وتزداد هذه الأعراض شيئاً فشيئاً إلى أن يصاب الطفل بالهزال الشديد ، فيخف وزنه ويقف عن النمو . ومن دلائله انتفاخ فى البطن ، فتضعف الأمعاء ويضطرب الجهاز الهضمى فيحدث تارة الإمساك وطوراً الإسهال ، وإذ ذاك تغدو حالة الطفل فى خطر .

كل هذا يؤدى إلى « فقر الدم » الذى تحل أعراضه محل أعراض اضطراب الجهاز الهضمى بمظهرين مختلفين :

أولا : الكوروز (اخضرار الجلد)،ويصاب الطفل بهذا المرض فى عهد الفطام ، أى بعد أن تغير طريقة تغذيته .

ثانياً : اصفرار اللون مع ميل إلى الاخضرار . والغريب أن الطفل فى بدء هذه الحالة يحتفظ بوزنه العادى ويبدو كأنه قوى البنية سمين لدرجة التورم ، ولكنه يبدو أحياناً قليل النوم عصبى المزاج ، وأحياناً أخرى صامتاً هادئاً لا يبدى حراكاً .

إن فحص الدم هو خير وسيلة ليكشف الطبيب عن سير هذا المرض ودرجة خطره . والسبب الأساسى لهذا الداء هو تغيير نوع الأكل بحيث يعجز الطفل عن هضم الأغذية الجديدة التى تصبح سمًّا ناقعاً بدلا من أن تكون غذاء شافياً .

العلاج

متى عرفت الأسباب هانت المسببَات ، وكذلك متى عرف سبب الداء سهل وجود الدواء — إذا كان الغذاء هو سبب ذاك الداء ، فمن الواجب معرفة مصدر العلة : أهى من كثرة التغذية أم من قلتها ؟ وإذ ذاك يتيسر العلاج .

كثيراً ما يعجز الطفل عن هضم اللبن الحليب حتى لو كانت كميته قليلة ، وذلك إمَّا لأن معدته لا تهضم مادة الزبدة فيه أو الجبن ، فينبغى حينذاك أن يعطى اللبن الحليب بعد أن تستخرج زبدته أو جبنه ، وإمَّا لأن معدته تتأثر بكمية السكر فى اللبن ، فيعمد إلى إعطائه إياه بدون سكر . وجهاز الهضم بضعفه وقوته يرافق عمر الطفل ، ولهذا يجب أن يعطى الأغذية الموافقة لعمره .

علاج الطفل الذى يغذى
بالإرضاع الطبيعى

إذا كانت شهوة الولد إلى الرضاعة قوية وجب أن تخفف كمية اللبن ، وأن يعطى ثلاث وجبات من ماء الأرز فى اليوم بدلا من ثلاث رضعات ، أو أن تنقص كمية اللبن بإنقاص عدد الرضعات فى اليوم ، فبدلا من أن يرضع بعد كل ثلاث ساعات يمدّ الزمن فيرضع بعد كل خمس ساعات .

وإذا كان القىء مستمراً خففت كمية اللبن وزيد عدد الرضعات . فنرضعه مثلا كمية مخففة بعد كل ساعتين بدلا من الكمية العادية بعد كل ثلاث ساعات ، أو يعطى مرة ماء الأرز ومرة لبناً ، أو يعطى قبل الإرضاع قليلا من المواد التالية :

ماء السكر .

ماء الشعير مع قليل من السكر .

قليل من اللبن الرائب « الزبادى » مع قليل من الماء والسكر .

علاج الطفل الذى
يرضع من المصّة (الزجاجة)

إن أعراض المرض عند الرضيع بالمصة (الزجاجة) أشد خطراً ، لذلك يجب أن يمنع عن اللبن منعاً باتا إلى أن تتحسن حاله ، ويعطى بدلا منه إما مرق الخُضَر ، وإما الماء المدبر . ثم فى حالة النَّقَه يبدأ بإعطائه تدريجيًّا

كميات تصاعدية من أحد أنواع اللبن الحليب التالية :

لبن البقر الطازج المعقم .

اللبن الخالى من الزبدة .

اللبن مع « البيتون » أو الجبن .

اللبن المجفف .

اللبن الرائب « الزبادى » .

اللبن الزلالى .

العلاج فى زمن الفطام

وتكثر الاضطرابات غالباً فى عهد الفطام ، وذلك لأن الطفل بعد أن يفطم عن ثدى أمه يبدأ بتناول غذاء جديد لم تألفه معدته . ولهذا يجب أن يُعوَّده تدريجياً ، بأن يعطى مرة من اللبن الحليب ومرة من بعض المغليات ، وأخرى من مرق الخُضَر أو المأكولات التى ذكرت سابقاً .

وعندما يبلغ الولد السنتين من العمر يعطى مأكولات غير اللبن الحليب والمغليات ، وقد ذكرنا بعضها فى غير هذا المكان .

الأدوية

(١) فى حالة فقر الدم يغذى الطفل بمركبات الحديد ، وأفضلها (برتوكسالات الحديد)

(٢) فى حالة الاضطرابات الهضمية ، تعالج رائحة الغائط « البراز » الكريهة بـ « الكالوميل »

(٣) وفى حالة القىء المستمر لا يعطى الطفل سوى الماء و « سترات الصودا » .

الفصل الثانى

تأخر النمو عند الطفل

إن كل ما ذكرناه من الأمراض يؤثر فى نمو الطفل ، فيظهر أثره إما عاجلا وإما آجلا .

ويكون نمو الولد فى تأخر إذا كان وزنه أقل من الوزن الطبيعى المدرج فى الجدول صفحتى ٣٢و٤١ ؛ والفرق بين وزنه فى حالة المرض والوزن العادى فى الجدول يُعيّن مقدار درجة التأخر

ومن مظاهر تأخر النمو :

(١) النحول الخِلقىّ

(٢) سوء التغذية أو (الأتريسيا)

١ ـ النحول الخلقى

وتتميز هذه الحالة بالوزن الخفيف الناتج إما عن المرض وإما عن الولادة قبل الأوان . ويعتبر الطفل نحيلا إذا كان وزنه أقل من ٢٥٠٠ غرام وقت الولادة .

وتعترى الطفل النحيل أعراض ثلاثة :

١ ـ الازرقاق الخلقى : فيغدو لونه أزرق ، وينتج ذلك أيضاً من قلة التغذية .

٢ ـ الاضطرابات الهضمية : كالقيء المتكرر والإسهال .

٣ ـ هبوط الحرارة : تهبط الحرارة إلى الدرجة ٣٥ وأحياناً إلى الدرجة ٣٣ سنتغراد .

العلاج

يتم العلاج بواسطتين : تدفئة الطفل ، وتغذيته

ا ـ التدفئة :

يدفأ الولد إما بلفه بالقطن ، وبوضع زجاجة ماء حار فى فراشه . وإما بوضعه فى محضنة خاصة درجة حرارتها ٢٥ . وإما بوضعه ، عند الهبوط السريع ، مدة ربع ساعة فى مغطس درجة حرارته ٣٨ .

ب ـ التغذية :

إن مسألة تغذية الطفل النحيل صعبة جداً ، وذلك لأنه إذا تملك منه الضعف أصبح عاجزاً عن امتصاص اللبن الحليب من الثدى ، أو لأن نوبات الازرقاق والإسهال تلازمه . فى مثل هذه الحالة يجب أن يغذى الطفل بلبن الأم ، لأن لبن البقرة يعرضه حتما للموت . وإذا تعذر عليه هضم لبن الأم التجئ إلى غيره من المأكولات التى سنذكرها فى الكلام على « الحمية » .

أما كمية اللبن فتعطى على حسب العمر :

فى الأيام العشرة الأولى ، قرر الطبيب « بودان » أن تتدرج الكمية مع الأيام ، كما هو مبين فى الجدول التالى :

اليوم	الطفل الذى يزن ١٨٠٠ غرام	الذى يزن ٢٢٠٠ غرام	الذى يزن ٢٨٠٠ غرام
اليوم الثانى	١١٥ غراماً	١٢٨ «	١٨٠ «
اليوم الثالث	١٦٠ «	١٧٥ «	٢٣٦ «
« الرابع	٢١٠ «	٢٢٠ «	٢٩٥ «
« الخامس	٢٢٥ «	٣٠٨ «	٣٣٥ «
« السادس	٢٥٠ «	٣٢٤ «	٣٧٠ «
« السابع	٢٨٠ «	٣٤٥ «	٣٧٥ «
« الثامن	٢٨٥ «	٣٦٠ «	٣٨٥ «
« التاسع	٣١٠ «	٣٨٠ «	٤١٥ «
« العاشر	٣٢٠ «	٤١٠ «	٤٢٥ «

وبعد الأيام العشرة يعطى الولد النحيل مقداراً من اللبن الحليب يعادل خمس وزنه .

مثال ذلك : إذا كان وزن الولد ٢٢٠٠ غرام يجب أن يعطى من اللبن الحليب خمس هذا العدد ، أى ٤٤٠ غراماً .

٢ — سوء التغذية

إن أعراض سوء التغذية لا تختلف عن الأعراض التى سبق ذكرها ، وقد يصاب بها الأطفال الذين تجاوزوا الشهر الثالث . وهى تعرف أيضاً ببعض إشارات فنية دقيقة لا يدركها إلا الطبيب ، ولا فائدة من ذكرها الآن .

الفصل الثالث

الزهرى والإرضاع

نرى لزاماً علينا قبل الانتهاء من الكلام على الأمراض ، أن نذكر شيئاً عن الزهرى والإرضاع ، وعن كيفية انتقال هذا الداء من الأم أو المرضعة إلى الطفل ، أو من الطفل إلى المرضعة .

تشخيص الزهرى

أولا : عند الطفل :

تظهر أعراض هذا الداء أحياناً بأشكال غريبة عجيبة ، كأن يكون الولد مثلا ، أشبه بالمسخ ، ذا وجه متجعد ولون أصفر باهت ، وقامة قصيرة كأنه شيخ صغير . أما وزنه فينقص مع الأيام بدلا من أن يزيد .

وقد تنحصر أعراضه فى الجلد ، فيسقط الشعر أو يسيل الأنف أو تتشقق الشفتان ، أو تظهر على الجلد فقاقيع كالحروق ، أو قروح تدعى (سيفيليد) . وأحياناً تبدو أعراضه فى الداخل ، فتتضخم الكبد والطحال . أو تَنخَر العظام . وقد لا تظهر عليه أدنى علامة ، ولكن يكفى أن يكون أبواه أو أحدهما مصاباً بهذا الداء لينتقل إليه من طريق الوراثة التناسلية .

ثانياً : عند المرضعة :

تبدو أعراضه عند المرضعة بظهور فقاقيع على جلدها ، ونقط سوداء قائمة على عنقها ، وبسقوط الشعر . ومن مميزاته فيها الإجهاض المتكرر ، أو موت أطفالها بعد ولادتهم بوقت قصير .

وهو يظهر عادة بفحص ولدها أو دمها .

التدابير اللازمة فى حالة الزهري
عند الوالدين

إذا كان الوالدان مصابين بهذا الداء وجب أن لا يسلم طفلهما إلى مرضعة خوفاً من أن ينتقل إليها المرض ، حتى لو كان مظهره سليماً .

على الأم أن ترضع ولدها لئلا يموت قبل البدء بمعالجته، وعليها أن لا تخاف من أن تنتقل العدوى منها إليه ، لأنه ، بطبيعة الحال ، مريض به وهو فى أحشائها .

وإذا قدر أن يصاب الطفل أو الأم أو المرضعة بالزهرى فى أثناء الإرضاع فيجب الفصل بينهما حالا ، خوفاً من أن يعدى السقيم منهما السليم .

فإذا مرضت به الأم أو المرضعة، فطم الطفل، وغُذِّيَ بالإرضاع الصناعى . أما إذا مرض به الطفل فيجب أن يفصل عن المرضعة أو الأم ، ويغذى بالطرق الصناعية ، وبعد ذاك يُحظَر على من كانت ترضعه أن ترضع غيره ، خوفاً من أن يكون الداء قد انتقل إليها ، وهو لا يزال كامناً فيها .

الفصل الرابع

الحمية وأنواع الأغذية عند الطفل

الحمية فى حالة المرض هى أن يمنع الطفل عن كل ما يضره ، ويعطى ما يفيده . وأهم المغذيات المفيدة :

النشويات والسكر

وهى أن يمزج الدقيق بالسكر ، ويغليا على النار ، ويستحضر منهما غذاءٌ إما رخو وإما جامد .

ومن فوائد هذا الغذاء أنه يمنع اختمار المواد الزلالية فى الأمعاء ، ويزيل الرائحة الكريهة ، ويساعد الطفل على هضم اللبن الحليب، وأهم أنواعه :

١ ــ ماء الأرز أو ماء الشعير :

ويستحضر بوضع ملعقة كبيرة من حب الأرز والشعير فى نصف لتر ماء ، ويغلى على النار الهادئة مدة ربع ساعة أو نصف ساعة ، ويعطى منه الطفل المحمى من كل شىء إلا من الماء الصرف .

٢ ــ مرق الخُضَر :

ويستحضر كما يلى : يوضع فى لتر واحد من الماء :

من الجزر	:	٦٥	غراماً
من البطاطا	:	٦٥	»
من اللفت	:	٢٥	»
من اللوبياوالفاصوليا	:	٢٥	»

ويغلى مدة ساعتين أو أربع ساعات ، ثم يضاف إلى كل ليتر من هذا المرق خمسة غرامات من الملح فقط . ويقدم للطفل منه عند الحاجة ، أى فى حالة الإسهال أو تخمر الأمعاء . ويجوز أن يضاف إلى هذا المرق مقدار ملعقة صغيرة من دقيق الأرز فى كل مائة غرام ، وعندئذ يقدم للطفل بدلا من اللبن الحليب .

٣ ـ ماء الحبوب :

تغلى على النار مدة ثلاث ساعات ملعقة من كلٍّ من الحبوب التالية ، فى ثلاثة ليترات من الماء :

حنطة ـ شعير ـ ذرة مسحوقة ـ فاصوليا ـ حمص ـ عدس .

ثم تصفى ، ويضاف إلى كل ليتر من المرق خمسة غرامات من الملح .

٤ ـ ماء الخبز المحمص :

يحمص الخبز قليلا ، ويقطع قطعاً صغيرة ، ويوضع فى الماء بمعدل ٦٠ بالألف ، ثم يغلى ويصفى ويقدم للطفل .

٥ ـ المغليات المستحضرة من الدقيق وسكر الشعير : مالتوز (maltose) وهذا مجهز فى علب ويباع فى الأسواق .

المواد الزلالية

وتكون هذه الأغذية إما من الجبن المستخرج من اللبن الحليب ، وإما من زلال البيض أو المُحّ « الصفار » ، وإما من مرق اللحم ، وأهم أنواعه :

١ ـ الماء الزلالى :

يستحضر على حسب الطريقة التالية : يؤخذ زلال بيضتين ، ويخفق فى ليتر من الماء المغلى والمبرد خفقاً قوياً ، ويضاف إليه قليل من السكر.

ويفضل أن يستغنى عنه بماء الأرز ، لأن التجارب أثبتت أن الطفل لا يقبله إلا مكرهاً .

٣ ـ اللبن المختر :

إن الغاية من تخثير اللبن على اختلاف أساليبه هى إزالة السكر منه وإزالة كمية من الزبدة ليصبح مركباً على الأكثر من المواد الزلالية (الجبن) وإذ ذاك يستعمل كأنه غذاء زلالى .

٣ ـ اللبن المخيض :

ويستحضر كما يلى : يؤخذ اللبن ويترك مدة ٢٤ ساعة فى إناء مفتوح معرضاً للهواء ، على أن تكون درجة الحرارة تقريباً ٢٠ سنتغراد . ثم يخفق بعد ذلك بواسطة الممخضة إلى أن تتجمع الزبدة وتطفو على وجهه (كما يصنع عادة بمخيض اللبن الخاثر لاستخراج الزبدة منه) ، ثم يضاف إلى كل ليتر

من هذا اللبن مقدار ملعقة كبيرة من الدقيق ، ويغلى الكل على نار هادئة ، ويحرك اللبن باستمرار مدة ٢٠ دقيقة . ثم يضاف إلى هذا المغلى سبعون غراماً من السكر . وإن عملية المخض هذه تكسب اللبن طعماً قريباً من الحموضة .

٤ ـ اللبن الخاثر أو الرائب «الزبادى» :

ويفضل اللبن الرائب على اللبن المخيض ، لأن المادة الزلالية فيه أسهل هضما . وحامض اللبن أكثر نفعاً ، وطريقة استعماله يعرفها الكل ، ولهذا لا فائدة من شرحها .

٥ ـ اللبن الزلالى :

وهو نوع من أنواع اللبن التى ذكرت سابقاً كاللبن المختر واللبن المخيض واللبن الخاثر إلخ .. وتوجد من اللبن الزلالى علب مستحضرة تباع فى الصيدليات .

٦ ـ الزلال الناشف :

وهو مستحضر بشكل دواء يسمى (Laxosau) ويؤخذ للغرض عينه .

٧ ـ لبن الدجاج :

وهو اسم لا يعبر عن مسماه ، لأنه يستحضر بدون لبن ، ويعطى للأطفال الذين يعجزون عن هضم اللبن الحليب . ويستحضر كما يلى :

يؤخذ مح « صفار» بيضة أو بيضة كاملة ، ويخفق مع ٣٠٠ غرام من الماء المحلى بالسكر بمعدل ٧ بالمائة ، ويقدم للولد بدلا من اللبن الحليب ، ويكون تركيبه أشبه شىء بلبن الأتان .

٨ ــ مرق اللحم :

يؤخذ ٢٥٠ غراماً من اللحم مع نصف ليتر ماء ، ويُغلى على النار مدة نصف ساعة ، وبعد أن يَبرد يضاف اليه ما قد تبخر من الماء ، ثم يعطى للولد .

٩ ــ اللحم النيء :

لا يعطى إلا بعد الشهر السابع . ويستحضر بأن يؤخذ لحم الغنم ويقطع قطعاً رفيعة جداً ، تعصر على «المنخل» ، ثم يضاف إليها قليل من مرق الخُضَر أو بعض المغليات أو ماء الخبز وما شاكل ذلك ، ويقدم للطفل بكمية قليلة جداً أى مقدار ١٠ غرامات ثلاث مرات كل يوم . ثم يزاد تدريجيا إلى أن يصل إلى مقدار ٥٠ أو ١٠٠ غرام .

ويضاف إليه أحياناً البيبسين أو الحامض الكولورهيدريك ليسهل هضمه .

* * *

لقد انتهينا من الكلام على الأغذية الزلالية ، ولم يبق علينا إلا أن نذكر شيئاً عن الحريرى (la tou Roux) الذى يعادل اللبن الحليب الطبيعى بقوته الغذائية ، وهو يماثله فى التركيب تقريباً ، وطريقة تحضيره هى :

أن يؤخذ ثلاثون غراماً من الزبدة ، وثلاثون غراماً من الدقيق ، وثلاثون غراماً من السكر ، وتمزج بـ ٦٠٠ غرام من الماء ، ثم تغلى على نار هادئة إلى أن تنضج جيداً ، ثم تصفى بمنخل رفيع . ويجوز أن يضاف إليها ٣٠٠ غرام من اللبن الحليب .

وهذا « الحريرى » طعمه لذيذ ، وهو سهل الهضم .

الباب الثالث

السقْط

أو الطفل المولود فى غير أوانه

السّقط هو الذى يولد ، قبل أن تمرّ عليه المدة الكافية فى أحشاء أمه .

والولادة فى غير الأوان لا تدعو إلى القلق على حياة الطفل فى مستقبل أيامه ، على شرط أن يكون كامل الأعضاء الرئيسية ، سليماً معافى . فإذا ولد ، مثلاً ، بعد ثمانية أشهر ونصف الشهر ، من والدين صحيحين ، وكان وزنه لايقل عن ألفين وثمانمائة غرام فإنه يترعرع وينمو كالطفل الذى يولد فى أوانه .

أما إذا جاء الولد السّقط ضعيفاً أو غير كامل الأعضاء الرئيسية ، فإن حياته ، لا شك ، تكون معرضة لخطر محتوم ، ولهذا فإن بحثنا فى هذا الباب يُحصر فى السقط الصحيح الكامل ، دون السقط الضعيف الناقص الذى لا يضمن بقاؤه فى هذا العالم .

والجدير بالذكر أن الضعف ليس بدليل كاف على الولد السقط . إذ أن كثيراً من الأطفال يولدون فى أوانهم ويكونون ضعافاً معلولين ، ومرجع ذلك إلى صحة الوالدين كما سبق أن شرحناه فى الباب الثانى من هذا الكتاب .

الأعراض

إن السقط الضعيف هو ، على الغالب ، صغير القد ، شاحب اللون ،

ضئيل البنية ، وإن وجهه المتجعد يجعله شبيهاً « بشيخ صغير » ، جلده جافّ ذو لون أحمر . وإن افتقاره إلى المواد الدهنية يجعله شفافاً تظهر من خلاله شبكات العروق تحت الجلد . ومن مميزاته أن « الوبر » يكون كثيراً فى جسمه . غير أن المادة الدهنية لا وجود لها على بدنه .

إن حركة التنفس تؤله ، وهى أقرب إلى الصناعية منها إلى الطبيعية . وصدره يضيق عن استيعاب الهواء الكافى لإنعاش الرئتين . ونادراً ما يصل الهواء إلى المجارى الرئوية فينتج عن ذلك إغماء متواصل يصبح ، من جرائه ، لون الطفل بنفسجيًّا ، وتسيل مجارى أنفه .

وتضعف حركة جريان الدم لضعف القلب ، أما حركة النبض فهى عنده أخف منها عند الوليد الطبيعى .

وتخف حرارته فتصبح دون الدرجة السابعة والثلاثين ، وقد تنخفض إلى أقلّ من الدرجة السادسة والثلاثين .

ويعتريه البرد لأسباب أهمها : فقدان المادة الدهنية من جلده ، وضعف التنفس ، وضعف جريان الدم ، وقلة التغذية ، ونقصان الحرارة الباطنية .

إن السقط هو أكثر تأثراً بتقلبات الجو من الولد الطبيعى ، لأنه لا يملك من المناعة ما يقيه من البرد ، ولهذا فإنه فى قشعريرة دائمة إذا كان الجو بارداً ، وبالعكس ، فإنه يتأثر بالحر الشديد إذا كان الجو حارًّا . وفى بعض الأحيان يبدو متمتعاً بحالته الطبيعية .

ومن نتائج البرد الذى يعترى السقط أن يصاب بنوع من « الأكزيما » فيتقبض جلده ، ويتمزق النسيج الكائن تحت الجلد .

وأكثر ما يظهر هذا الداء فى الساقين وعلى بطتّيهما (السمانتين) ، وقد ينتشر فى سائر الجسم ويمتد إلى راحة اليد . وكل قسم من الجلد يصاب بهذا المرض يصبح صلباً جافًّا شبيهاً بالشمع المتجمد المتصلب ، ويصير لونه أبيض مبرقشاً ببقع

بنفسجية . وإن أخصّ دلائل هذا المرض هو انخفاض الحرارة الداخلية .

وإن هذا الداء هو خطر مؤلم إذا انتشر فى الجسم كله ، وهو قابل للشفاء إذا حصر فى بعض الأمكنة ، وخير دواء له هو أن يدفأ الطفل بواسطة الحمام ، أو بلفه بالقمط أو بالأقمشة الدافئة .

أمّا عملية الهضم عند السقط فهى ، على الغالب ، بطيئة ضعيفة ، وسبب ذلك أن الأعضاء التى تقوم بهذه الوظيفة تكون إما ناقصة وإما مريضة . وفى هذه الحالة يصير الفم جافّاً ويصبح عرضة للالتهاب والتهرّؤ .

ومن أوضح الأدلة على ضعف الجهاز الهضمى بطءُ حركة المعدة والأمعاء ، ووقوف كريّات الهضم عن الفرز ، فيبدو باطنه مضطرباً ، ويصير برازه مبيض اللون بدلا من أن يكون أصفر عاديّاً .

الإنذار (Pronostic.)

إن بقاء المولود فى غير أوانه حيّاً يتوقف على حالته الصحية وكيفية تكوينه الطبيعى ، ففى حالة الولادة فى غير الأوان يجب أن نلاحظ أن السقط الصحيح هو أبعد عن الخطر من السقط المريض . ومن الضرورى أن يعرف وزن السقط ساعة ولادته ، ومما لا شك فيه أن الضعف يدعو إلى القلق الشديد إذا كان الوزن أقلّ من ألف وخمسمائة غرام ، وهو خَطِر إذا كان بين ٢٥٠٠ غرام و ٢٠٠٠ غرام ، ويبعث الخشية إذا كان بين ٢٠٠٠ و ٢٥٠٠ غرام ، ويسمى نحيلا إذا كان وزنه بين ٢٥٠٠ و ٣٠٠٠ غرام .

وطول السقط هو أيضاً دليل على بقائه أو عدمه ، فإذا كان دون الخمسة والأربعين سنتيمتراً فإن قربه من الموت هو ٩٠٪

وإن درجة الحرارة هى من الأدلة على الحياة والموت ، فهبوطها خطر ،

وصعودها ثم وقوفها على الدرجة ٣٧ دليل على التقدم والبقاء .

وهنالك أعراض كثيرة مختلفة تجعل مصير السقط غامضاً ، كالمغص الدائم ، وجفاف الجلد ، والالتهاب ، والاضطرابات الهضمية .

إن أعراض الالتهاب الجلدى ناشئة عن عدم مناعة السقط ، وعن أغشيته الدقيقة السريعة العطب ، إذ إن أقلّ احتكاك يحدث خدشاً أو ثلمة فى الجلد فيلتهب ، وقد يرافق الالتهاب الجلدى التهاب رئوى ينتاب الطفل من حين إلى حين .

إن الاضطراب الهضمى ينتج عن صعوبة فى تقبل الغذاء ، فالولد الذى لا يقدر أن يرضع ، أو بالأحرى الذى لا يعرف أن يبلع ، هو معرض للخطر . وكذلك الذى لا يحتَمِلُ الغذاء ، وخاصة لبن أمه . أمّا الذى يشرب جيداً ويهضم جيداً فإن حظه من البقاء أكبر .

وإن اطراد زيادة الوزن هو دليل واضح على قابلية السقط للحياة . وزيادة الوزن بانتظام ، حتى لو كانت قليلة ، دليل على التقدم ، وهى تثبت أن قوى التحول فى السقط كافية ، وأنه جدير بالبقاء

ولا يقوى التفاؤل أو التثبت من الحيوية إلا بعد أن يبلغ وزن السقط ٢٥٠٠ غرام .

إن بقاء الطفل حيًّا ، بعد الولادة بمدة غير قصيرة ، هو من الأدلة على استمرار وجوده ، إذ أنه بعد أن يجتاز مصاعب أيامه الأولى يبدأ النمو المنتظم ، ولولا تأخر مشيه وظهور أسنانه لما وجد ما يميزه عن الطفل المولود فى أوانه .

العناية بالسقط

من الضرورىّ أن يحاطَ السقطُ بالعناية الكافية ، وأن يحالَ بينه وبين العوامل التى تعرض حياته للخطر ، وأهمها : البرد ، وقلة الغذاء ، والالتهاب .

١ ــ الوقايةُ من البرد :

إنّ السقط دقيق الحس بالفرق بين الحرارة وهو فى أحشاء أمه ، والحرارة وهو فى حيز الوجود ، ولهذا يجب ، ساعة ولادته ، أن لا نضيعَ الوقت ، ونحن ننظفه ونبدل ثيابه ، لئلا يتعرض للبرد . وعندما يقطع حبل السرة يجب أن يُلف الولد ، حالا وقبل أن يُغسَل ، بلفافات من قطن تشمل جسده وأعضاءه الفرعية كلها ، وأمّا ثيابه التى ذكرناها فى فصل ملابس الطفل فيجب أن يُلبسَها فوق لفافات القطن ، ويستر رأسه بقبعة ناعمة ، ثم يوضع فى سريره ، ويحاط بزجاجات من ماء ساخن تُغَيَّر حيناً بعد حين ، ويجب أن يوضع السرير فى غرفة لا تقلُّ درجة حرارتها عن العشرين .

وإذا لم تكف هذه الوسائل لتدفئة الطفل ، بل تظل حرارته دون الدرجة السادسة والثلاثين ، فيجب ، إذ ذاك ، أن يدفأ بواسطة المحضنة ، والأفضل أن يوضع فى غرفة بها وسائل التدفئة الصناعية .

المحضنة :

والمحضنة عبارة عن صندوق مستطيل قائم على أربع أرجل ، تستر بعض جهاته ألواح الزجاج ، وذلك لتسهل مراقبة الطفل من الخارج . والتدفئة داخل الصندوق تتم بواسطة الماء الساخن الموضوع فى إناء خاص أو بواسطة الغاز أو بواسطة الكهربا . ويوضع ميزان للحرارة يعينها ، إذ يجب أن تكون من ٢٥ إلى ٢٨ درجة فقط .

واستعمال المحضنة تعترضه بعض العراقيل ، منها : أنه يصعب أن تحفظ فيها الحرارة المطلوبة دون أن تراقب باستمرار فى الليل والنهار ، لأن هبوط

الحرارة يعرض السقط للبرد ، وصعودها يعرضه للحر ، بيد أن « ميزان الحرارة » الموجود فى محضنة الغاز أو الكهربا يعين بدقة درجة الحرارة .

وهنالك عائق آخر يعترض استعمال المحضنة ، وهو الهواء الذى يعرض الطفل للالتهاب الرئوى ، وذلك لأنه إذا دخل المحضنة دون أن يكرر حمل معه الغبار والجراثيم ، وإذا كرر فَقَدَ شيئاً من قواه فيصبح غير كاف .

وصعوبة تكرير الهواء تولد عائقاً ثالثاً . والعائق الأخير هو أن الطفل فى ساعة أكله أو تغيير ثيابه ينتقل من جو المحضنة الدافئ إلى جو قليل الحرارة ، وهذا التعرض يحدث مراراً فى النهار ، فتنشأ عنه البرودة المضرة .

إن هذه العوائق تجعل المحضنة صعبة الاستعمال ، فالأفضل أن يستغنى عنها بغرفة خاصة للحضانة .

غرفة الحضانة :

إن غرفة الحضانة هى عبارة عن محضنة كبيرة تستعمل فيها وسائل التدفئة لترتفع الحرارة إلى الدرجة الخامسة والعشرين أو السادسة والعشرين . وإن حجم الهواء فى مثل هذه الغرفة كاف ليظل نقياً وبعيداً عن الفساد ، وتتسع هذه الغرفة للقيام بكل عناية بالطفل ، دون أن يخرج من وكنته الصغيرة إلا ساعة يضطر إلى إرضاعه من أمه وهى فى الوقت الذى يجب فيه أن تلزم سريرها .

٢ ــ الوقاية من قلة الغذاء :

إن تغذية السقط وهو فى صحته لا تقل صعوبة عنها وهو فى حالة الضعف الشديد ، ويمكننا أن نختصر القول بأن لبن الأم هو الغذاء الوحيد المفيد للسقط . غير أن الإرضاع من الأم هو ، لسوء الحظ ، غير متوافر فى سائر الأحيان ،

إذ أن الكثيرات من الأمهات تكون المادة السكرية فى لبنهن غير كافية ، أو غير موجودة ، وفى مثل هذه الحالة نضطر أن نفتش عن مرضعة ، على شرط أن يكون السقط خالياً من مرض الزهرى . أما إذا كان مصاباً به فيجب أن يعمد إلى التغذية الصناعية ، على الرغم من قلة فوائدها بالنسبة إلى التغذية الطبيعية ، وأنواع اللبن الحليب التى ذكرناها فى باب التغذية هى أفضل ما يجب استعماله .

إن السقط ، وهو فى حالة الضعف الشديد ، يجب أن لا تقل كمية غذائه عن كمية غذاء الطفل العادى .

ليس من السهل تعيين الكمية التى يجب أن يتناولها الطفل ، إذ أن ذلك يتوقف على حالته الصحية ، وعلى وظيفة الهضم عنده ، وعلى درجة نموه . والكمية التى تقدم له يجب أن لا تتجاوز المقدار الذى تستوعبه أنابيب الجهاز الهضمى . وبدلا من أن يعطى المقدار الذى يعطاه الولد العادى على ست دفعات فى اليوم ، يحسن أن تقلل الكمية ويعطى مقادير قليلة على دفعات عدة من سبع إلى ثمان أو تسع مرات فى مدة الأربع والعشرين ساعة ، على شرط أن لا تكون المدة الفاصلة بين الوجبة والأخرى أقل من ساعتين ونصف الساعة .

نبدأ بأن نعطيه مقدار عشرة غرامات فى اليوم الثانى من ولادته ، ثم نزيد الكمية مقدار خمسة غرامات أو عشرة بحسب طاقة الطفل .

وإنه لمن الضرورى أن يوزن الطفل كل يوم للتثبت من نموه الجسدى ومن وزنه الذى على أساسه تعين كمية الغذاء . وعندما يصبح النمو الجسدى مطرداً نقف عن زيادة كمية الغذاء ، ونبدأ بتغذيته بحسب الطريقة والكمية اللتين أتينا على ذكرهما فى باب الكلام على تغذية الطفل العادى . أما إذا كان الطفل يشكو من الاضطراب المعوى فيجب أن يقلل مقدار الغذاء ويزاد عدد الوجبات .

وعندما يكون السقط قادراً على الرضاعة بنفسه يجب أن يوضع حالا على الثدى ليألفه سواء قبل ظهور اللبن أم بعده . أما إذا كان الثدى فى حالة

يصعب معها استخراج اللبن إلا بشيء من القوة والعناء ، فيجب أن يستعان بالمصاصة (شكل ١١ صفحة ٤٣) ليستحلب الغذاء من الثديين ويقدم للطفل بواسطة الملعقة .

ويمكن فى بعض الأحيان أن يعصر الثدى ليجرى اللبن منه إلى فم الطفل ؛ والطريقة الأولى — أى بواسطة المصاصة — هى أفضل . وعندما يصبح الطفل قادراً على امتصاص الثدى يستغنى ، عن أية واسطة أخرى .

أما إذا كان الطفل فى حالة من الضعف لا تمكنه من التقاط الثدى بفمه ، فيصبح من الضرورى استعمال طريقة « الإرضاع بالأنبوب » . والأنبوب — وهو من المطاط — يدخل من الفم فى البلعوم على طول خمسة عشر سنتيمتراً ، ويكون الأنبوب متصلا « بقمع » تسكب فيه الكمية اللازمة المستحلبة من ثديى الأم ، فيتسرب إلى معدة الطفل ، ثم يجذب الأنبوب بسرعة خوفاً من القىء إذا ما جذب ببطء .

أما إذا كان الإرضاع الطبيعى مستحيلا ، كما ذكرنا سابقاً ، فيعمد إلى الإرضاع الصناعى بالطرق المفصلة فى بابه .

٣ — الوقاية من الالتهاب :

كل شيء يجب أن يصنع بدقة وحكمة ومعرفة لكى نحول دون كل التهاب يمكن أن يصاب به الطفل ، ويجب أيضاً أن يعتنى به عناية كافية فلا ، يعرض لأية عدوى أو لما يسببها .

وفى حالة الضعف الشديد أو الالتهاب المؤلم نرى من المفيد أن يستغنى عن التغذية باللبن الحليب ، ويعمل على تغذيته بواسطة الحقن تحت الجلد ، كأن يحقن مثلا بالمصل أو بماء البحر ، أو بالأدرانالين ، أو بالفوللّيكيلين (folliculine) أو بالأشعة البنفسجية .

الباب الرابع

الطفل المريض

نقتصر فى هذا الباب على أن نسرد ونحلل الأمراض التى يصاب بها الوليد فى ساعة الولادة أو فى الأيام الأولى التى تعقبها ، وخصوصاً الأمراض التى يجب أنلا نتأخر عن معالجتها .

كسر فى الجمجمة

إن جمجمة الطفل فى أثناء الولادة معرضة للجرْحِ أو للبَقْر ، وذلك إذا تعسرت الولادة لضيق المجرى ، فيضطر الطبيب إلى عملية التوسيع بالأدوات الجراحية التى إذا اصطدمت بالجمجمة فإنها تجرحها أو تبقرها .

أما الجرح فلا خوف منه إذا كان غير بالغ ، وأما البَقْر فهو عبارة عن التواء عظم الجمجمة إلى الداخل بشكل إهليلجى ، كأن يكون العارض قد حدث بضغط قدح أو ملعقة على الجمجمة التى تكون ساعتئذ طرية .

إن البَقْر قد لا يحدث أى اضطراب للطفل ، وقد يسبب تشوهاً داخل الرأس أو نزْفاً فى السحايا . ولهذا يجب أن يعنى به خوفاً من نتائجه المفاجئة .

إن العلاج يتوقف على إصلاح الثلمة ، أى إعادة الجمجمة المبقورة إلى حالتها الطبيعية . فإذا كانت الثلمة صغيرة فيمكننا أن نصلحها بواسطة الضغط باليد على أطراف النقطة المشوهة . وإذا لم تنجح هذه المحاولة فيعمد

حالا إلى إجراء عملية جراحية ، كأن ننزع جلدة الرأس ونكشف عن الثلمة ونجذبها إلى الخارج بواسطة أنبوب معدنى محنى الرأس ، والأفضل أن يكلف إجراء هذه العملية طبيب خاص ، لأنه أدرى بحالة المريض من أى شخص آخر ، ولديه من المعدات والأدوية ما لا يتيسر وجوده لدى غيره من عامة الناس .

نزف السحايا

إن نزف السحايا يصيب الطفل ، عادة ، على أثر الولادة الطبيعية إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالزهرى وقد انتقل إلى الوليد عن طريق الوراثة . وقد ينشأ هذا النزف عن جرح فى الجمجمة أو عن بطء فى حركة أعصاب الرأس ، وهذا البطء يسبب للجنين شبه إغماء . وقد يولد الطفل ، من جراء ذلك ، شبيهاً بالميت ، ويصعب إنعاشه وإعادته إلى الحياة ، وفى بعض الأحيان يتحرك ويتنفس عدة مرات إذا عوجل بالعلاج . وقد تنتظم حركة التنفس بعد العلاج الناجع ، غير أنه يظل فى حالة خطرة لأن تنفسه يكون بطيئاً ، ويصعّد صراخاً محزناً متشابهاً ، وتنتابه عوارض إغماء ، ثم يفاجئه الموت بعد ساعات وهو على حالته هذه . وقد تبدو عليه عوارض الارتجاف إذا ما ارتفعت درجة حرارته ، وتتشنج عروق جبينه .

إن النزف القوى ينتهى بسرعة إلى الموت ، أما النزف غير القوى فلا يدعو دائما إلى التشاؤم ، إذ قد يتم الشفاء بواسطة العلاج ، ولكنه على الغالب يسوق إلى الموت بعد مدة تختلف بين الطول والقصر ، وفى أثنائها تنتاب الطفل المريض الأعراض التى ذكرناها .

أورام الرأس

إن هذه العاهة فى الرأس هى ورم ظاهر على إحدى الجهتين الأماميتين من يافوخ الرأس . وهى ناشئة عن تجمع الدم المتفجر من شرايين الرأس على أثر صدمة كالتى ذكرناها فى الكلام على الجمجمة .

ويظهر هذا الورم فى الفترة بين اليوم الثانى والرابع بعد الولادة ، ويكون حجمه على قدر بيضة الحمامة أو الدجاجة ، وهو إما جامد وإما متحرك .

وقد يذوب شيئاً فشيئاً حتى يختفى أثره بعد بضعة أسابيع .

كسر العظام فى أثناء الولادة

كثيراً ما يكون وضع الجنين وهو فى أحشاء أمه معكوساً ، فتتم ولادته بأن تظهر مؤخرته قبل رأسه ، ففى هذه الحالة تكون الولادة عسرة ، وتعرض الأم للآلام والخطر ، فيضطر الطبيب إلى كسر الأعضاء التى تعرقل حركة الولادة ، كأن تكسر اليد أو الفخذ مثلا .

وبعد أن يظهر الولد للوجود يبدأ بجبر العضو المكسور ، وطريقته أن تثبت العظمتان المنفصلتان فى مكانهما ، ويضمد العضو بأن يلف بأربطة من القماش ثم تشد إليه قطع من الخشب ، لكى يبقى العضو المكسور ثابتاً إلى أن يجبر بعد مدة ويعود إلى حالته الطبيعية .

وإذا حدث ما يفصل العظمتين المكسورتين بعد عملية التجبير فيجب أن يمدد الطفل، ويعمد إلى جذب العضو المكسور من الناحيتين المعاكستين لتعود العظمتان إلى محل اتصالهما ، ثم تجدد عملية التجبير بطريقة محكمة .

كسر الترقوة

إن هذا الكسر يحدث غالباً دون أن يظهر له أثر خارجى ، ويتم شفاؤه بسهولة ، وقد يكون ذلك بدون علاج .

شلَلُ اليد

إن سبب هذا الشلل عند الطفل هو أن تجدّع عروق يده ، وذلك فى أثناء الولادة المتعسِّرة ، إذ يضطر الطبيب إلى القيام بحركات قوية وبعنف .
وهذا المرض هو من الأدواء المستعصية التى يصعب شفاؤها ، ولذلك يجب على الأطباء أو القابلات أن يرعوا جانب الطفل فى أثناء الولادات الصعبة لننقذ الأطفال من هذا المرض المشَوِّه المؤلم .

التشويه

إنَّ العاهات التى تشوه شكل الطفل كثيرة ، ولن نذكر هنا إلا ما هو قابل للمدواة إما على أثر الولادة حالا ، وإما بعد الولادة ببضعة أيام .

فتق العانة

إن هذا المرض ناتج عن عدم نمو أو اتساع جوانب البطن . فالأحشاء أو الكبد عندما تكبر أو تتضخم تلتمس مخرجاً من البطن الضيق ، فتضغط

على غشاء البطن ، فيظهر الفتق إما كبيراً وإما صغيراً . أما الفتق الكبير فلا فائدة من إجراء عملية لإصلاحه ، لأن الأمعاء المتجمعة فيه تصعب إعادتها حيث لا يوجد مكان يتسع لها .

وأما الفتق الوسط فيجب أن تجرى له عملية بعد الولادة بأربع وعشرين ساعة .

وأما الفتق الصغير فيداوى بواسطة الحزام فقط . ومكان الفتق غالباً فى القسم الأسفل من البطن قريباً من المحالب .

الانسداد

إن هذا النقص يظهر بأشكال مختلفة :

فى الشكل الأول يبدو كل شيء طبيعيا ، غير أن «الغائط» البراز الأولى للطفل لا يلفظ ، وذلك بسبب تشنج فى غشاء المصران . ويبدو هذا الغشاء منتفخاً فى طريق الغائط«البراز» ، ويكفى أن نشق الطريق بواسطة أنبوبٍ ناعم أو أن نقطع هذا الانتفاخ أو تلك الزوائد لنمهد طريق الفرز« التبرز» .

وفى الشكل الثانى يبدو الشرج « باب المعدة » عادياً ، غير أن الأنبوب المصرانى لا يتصل به لأنه مركب فى مستوى أعلى .

وفى الشكل الثالث يبدو الشرج « باب المعدة » مقفلا لا ثقب له .

فى مثل هذه الأشكال يجب أن تجرى عمليات مستعجلة فيعاد الأنبوب المصرانى إلى مستواه الطبيعى ، وأن يثقب الباب المقفل ، وكل هذه العمليات يجب أن يجريها طبيب متخصص .

ضيق غير طبيعي في الشرج « باب المعدة »

إن هذا الضيق لا يولد عادة أي اضطراب في خلال الأسبوعين أو الثلاثة الأسابيع الأولى من العمر ، هذه الفترة الهادئة المسماة « الفترة الحرة »، وبعدئذ يظهر : (١) قيء يحدث عادة بعد الرضاع (٢) هبوط سريع في الوزن يصل أحياناً إلى ٥٠ أو ١٠٠ غرام في اليوم .

والقيء يزداد يوماً فيوماً ، حتى يؤدي بحالة الطفل إلى السوء فالخطر .

ولكي نصلح هذا النقص يجب أن نغتنم فرصة « الفترة الحرة » ونبدأ بالعلاج اللازم ، لننقذ الولد من الخطر الذي لا تصعب إزالته إذا عمدنا إلى مداواة العلة بسرعة ، وقبل أن تنحط قوى الطفل ويفقد مناعته .

النزف : نزف السرة

إن نزف السرة يحدث إما مبكراً وإما متأخراً .

أما النزف المبكر فسببه سوء ربط السرة . وقد شرحنا في الباب الأول من هذا الكتاب وبينّا ما يجب أن نفعله لنمنع هذا النزف . إن إمكان حدوث النزف يحملنا على مراقبة الطفل مراقبة دقيقة في الساعات الأولى من ولادته ، والعلاج بسيط ، وهو أن نضع ربطة جديدة فوق الربطة الأولى .

وأما النزف المتأخر فيحدث بعد سقوط حبل السرة ، وسببه — على الغالب — يرجع إلى فقدان الفيتامين K أو إلى شيء من الالتهاب أو الفساد في داخل السرة ، ويجري النزف بهدوء وباستمرار . والدم الأولي الذي يخرج من فم السرة يكون أسود ثم يصير شيئاً فشيئاً صافياً .

إن الأمل فى شفاء النزف المتأخر ضعيف ، وسبب ذلك صعوبة وَقْف الدم عن الجريان .

إن علاج النزف إما محلىّ وإما عمومىّ :

أما العلاج المحلى فهو أن يضمد بواسطة اللزقات « اللبخ » ، أو أن يشرب الجرح غراماً أوغرامين فى اليوم من الـ « كلورور الكلسيوم » ، أو أن يغسل بمصل ممزوج بالهُلام (عصير العظام) ، أو أن يدخل فيه قليل من دم الأم .

وأما العلاج العمومى فهو أن يحقن الطفل تحت الجلد بالڤيتامين K من ١ إلى ٢ ملليغرام فى اليوم الأول ، وملليغرام واحد فى اليومين التاليين ، وإذا كان ثمة ما يدعو إلى الحذر من الزهرى فيعمد إلى علاج خاص بهذا المرض .

نزف الأمعاء

إن هذا النزف يحدث عادة مقدماً ، ويظهر فى اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة ، وهو على الغالب محصور فى الأمعاء ، فيخرج الطفل الدم من مؤخرته (الشرج) وفى بعض الأحيان يقىءُ الدم من فمه .

ويبدو أن أسباب هذا النزف كثيرة ، أهمها : الزهرى الموروث ، والقرحة فى مصران الهضم ، والالتهاب أو الفساد ، والمبالغة فى تحريك بعض العضلات الجسدية . وهذا السبب الأخير تصعب معرفته ، خصوصاً إذا كان الدم النازف ممزوجاً بقطع من غائط « براز » الطفل . ويمكن أن نتبينه من بعض بقع حمراء تلطخ قماط الطفل . وإذا قوى النزف بدا على الطفل الهزال وأمسى لونه شاحباً مصفراً .

إن الأمل فى الشفاء يجب أن لا ينقطع ، ولهذا يداوم العلاج ، لأنه من المستحيل التكهن فى شأن هذا النزف ، هل يقف أو يستمر ؟

إن العلاج يجب أن يكون عموميا (انظر علاج نزف السرة المتأخر) ومع العلاج يكف عن تغذية الطفل من طريق الفم ، ولا يعطى إلا فى فترات متقطعة ، مقادير قليلة من الماء . وقد يستغنى عن الماء بحقن تحت الجلد من المصل المسمى (Serum isotouique) .

اليرقان

يصاب الطفل عادة باليرقان حوالى اليوم الرابع بعد الولادة . وهذا المرض ناشئ عن فقدان الكريات الحمراء : عدم وجود كمية كبيرة من مادة لون الجلد البشرى . كما أن إفراز الكبد يكون غير كاف لتحويل هذه المادة .

إن ظهور اللون الأصفر فى الغشاء يتقدمه ظهور لون أحمر فى الجلد .

كما أن أعراض اليرقان متنوعة ، فتارة يكون اللون قليل الظهور إلا على الوجه والعنق ، وطوراً يبدو أكثر ظهوراً فيمتد إلى البطن والظهر والأعضاء وحتى اللثة ، ويصفر الغائط «البراز» ، ويفقد البول لونه الطبيعى . أما الحالة الصحية العامة فتكون جيدة ، إذ لا ارتفاع فى الحرارة ، ولا اضطراب فى الهضم .

إن اليرقان العادى يشفى بدون علاج .

أما اليرقان الذى تظل مدته أكثر من عشرين يوماً فإنه ليس اليرقان العادى ، إن هو إلا مرض ناشئ إما عن الزهرى وإما عن الفساد .

الرمد

إن دلائل الرمد هى أن تبدو العين مغمضة والجفن الأعلى منتفخاً ، وأن إفرازاً أصفر يجرى من المآقى ، وإذا فصل أحد الجفنين عن الآخر بان الاحمرار

على غشاء العين ، ففى هذه الحالة يجب أن يبدأ حالا بالعلاج ، وإلا فإذا ازداد الالتهاب تغير لون الإفراز بسرعة فيتحول إلى صديد كثيف أصفر ، والجفون التى يزداد انتفاخها يظهر عليها التورم بحيث يصبح من الصعب رؤية شحمة العين ، وهذه الشحمة إذا كشف عنها بواسطة أداة خاصة — وهذا العمل لا يجوز أن يقوم به إلا طبيب متخصص للعيون — ظهر عليها تقرح يؤدى إلى تمزيق غشاء العين فإلى فقدان البصر .

إن الطفل الذى ترمد إحدى عينيه يجب أن يظل نائماً على الجنب الذى فيه العين المريضة لكى لا يتسرب الصديد إلى العين الصحيحة فتنتقل إليها العدوى .

أما العلاج الشافى من الرمد فهو استعمال قطرة « نترات الفضة » $\frac{١}{٥٠}$ والغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{١}{٤٠٠٠}$ وذلك منذ الدقيقة الأولى التى تظهر فيها دلائل الرمد .

يجب أن يقطر فى اليوم مرتين ، وكيفية القطر هى أن نفتح الجفنين وننظف العينين ثم نقطر فى كل منهما نقطتين أو ثلاثاً من « نترات الفضة » .

أما كيفية غسل العينين فهى أن نضع فوق الجفون بعد أن نفتحها قطعة من قطن مطهر مبلولة بمحلول البرمنجانات ، وتجرى هذه العملية كل ساعتين أو ثلاث ساعات .

وإذا أجريت هذه العلاجات بدقة وسرعة ، فإن الالتهاب لا يلبث أن يخف ، ولا يوقف عن العلاج إلا بعد الشفاء التام .

أما إذا لم يظهر التحسن بعد مرور أربع وعشرين ساعة على العلاج فيجب أن يكلف طبيب متخصص للعيون معالجة المريض .

الحمى القرمزية

ليس هذا المرض من الخطر بحيث يضطرنا إلى شرح أسبابه شرحاً مسهباً . وقد لا تخفى دلائله على الأمهات اللواتى قدر لهن أن يعاين طفلا أصيب بهذا المرض . وأول ما يعترى الطفل المصاب به سرعة فائقة فى دقات النبض ، وتنتفخ الشرايين انتفاخاً ظاهراً فى الأيام الأولى لهذا المرض ، وتخف فى أثناء الأسبوع الثانى ، وتعود إلى حالتها الطبيعية فى دور النقه .

يجب أن نحذر دائما المفاجآت التالية :

عدم استمرار اللوزتين فى تأدية وظيفتهما ؛ خطر التهاب الحنجرة والأنف ؛ ضعف حركة التنفس ، وقوف وظيفة الكليتين ، الاحتقان فى الشرايين .

الحصبة

الحصبة هى أكثر أمراض الأطفال انتشاراً ، ويكفى أن يصاب بها طفل واحد فى الحى لتنتقل عدواها إلى سائر الأطفال الذين يجاورونه ويخالطونه .

إن الأطفال الذين هم دون الشهر السادس من العمر لا يخشى عليهم من هذا الداء الذى لا يصيب ، فى الغالب ، إلا الأطفال الذين تجاوزوا العام الأول ، ويكثر انتشاره فى صفوف الأولاد الذين هم بين الثانية والخامسة من العمر ، وقليلا ما يصاب به من هم بين الخامسة والعاشرة .

وأكثر ما تكون الإصابات بهذا المرض فى فصلى الربيع والصيف ، ويصاب به الطفل مرة واحدة فى حياته ، ويندر جداً أن يصاب به مرتين.

وعدوى هذا المرض تنتقل من طفل إلى آخر، إما عن طريق المخالطة وإما بواسطة الهواء .

إن الجرثومة الكامنة فى البصاق وفى الغائط وفى المخاط ينقلها الهواء إلى الأصحاء فينتشر المرض خصوصاً فى المواطن الآهلة بالعدد الكبير من الأطفال كالمدارس والمستشفيات.

والحصبة سريعة العدوى فى سائر أدوارها ، وخصوصاً فى الدور الأول قبل أن تظهر فى الجلد ، وبعد ظهورها ، وتخف عدواها بعد ظهورها بأربعة أيام أو خمسة .

عوارضها:

إن للحصبة عوارض تظهر مختلفة فى أربعة أدوار متتابعة : دور البدء بالمرض — دور ثقله — دور ظهوره فى الجلد — دور النقه .

١ — دور البدء بالمرض :

إن هذا الدور يمتد من ثمانية أيام إلى عشرة ، وليس فيه علامة ظاهرة تشير إليه . ويرى الدكتور « آبار » (Apert) أنه يمكننا أن نتبين له علامة إذا أوقفنا المشبوه بالمرض أمام نافذة يدخل منها نور الشمس ، وفتحنا فمه بحيث يدخل منه النور ، ونظرنا إلى مؤخرة الحلق ومقدمة البلعوم ، فنرى بعض جراح صغيرة قليلة العدد ، فهذه الجراح هى العلامة الأولى للبدء فى هذا المرض . وهى تتبدل فى اليوم الثانى فتصير نقطاً صغيرة بيضاء ، ويكثر عددها ، ويصبح الفم من الداخل كأنه قد ذُرَّ عليه مسحوق السكر .

٢ — دور ثقل المرض :

وهذا الدور يمتد من ثلاثة أيام إلى خمسة ، وهو يبدأ بالتهاب العينين والأنف والحنجرة ، فيذرف الولد دموعاً سخينة ، وإذا تعرض للنور تألم ،

ويسيل من أنفه مخاط كثير ، وفى الغالب ينتابه سعال جاف مؤلم متواصل . وللطفل فى هذا الدور منظر خاص : خداه منتفخان محمران ، عيناه دامعتان ، وفى أنفه زكمة . وإذا فحص فمه بدت مقدمة الحنجرة محمرة ، وفى الجملة تسوء حالة الصحة عامة ، فيشعر المريض بشىء من القشعريرة والارتعاش ، ويفقد شهوته للأكل ، وترتفع درجة الحرارة من ٣٨,٥ إلى ٣٩,٥ مساء ، وفى صباح ظهور المرض فى الجلد تهبط درجة الحرارة .

٣ – دور ظهور المرض فى الجلد :

إن ظهور المرض فى الجلد هو العلامة الواضحة للحصبة . وهذا الالتهاب الخارجى يحدث عادة بعد مضى أربعة عشر يوماً على الشعور بالمرض ، ويبدأ دائماً بالخد . وفى اليوم الأول من هذا الدور تظهر على الخدين بعض بقع حمراء شبيهة بلذعات البق ، وكذلك وراء الأذنين وعلى الذقن والجبين والأنف . وفى اليوم الثانى تنتشر هذه البقع فى العنق وسائر الأعضاء العلوية ، وفى اليوم الثالث تنتشر فى البطن وسائر الأعضاء السفلية . ويمثل هذا الالتهاب بفقاقيع على الجلد مملوءة بمادة مائية ، وفى الغالب ، تكون كثيرة العدد ، ويفصل بين الفقاعة والثانية فسحة صغيرة من الجلد الصحيح . وعندما يبلغ هذا الالتهاب نهايته تظل التهابات العينين والأنف كما كانت فى البداية وقد تزيد .

أما السعال فيطرى، ويفرز المريض معه مادة مخاطية زرقاء، وترتفع درجة الحرارة مع ظهور الالتهاب فتبلغ التاسعة والثلاثين أو الأربعين ، وتظل هكذا حتى نهاية هذا الدور ، ثم تخف .

إن الحصبة تثقل وطأتها مدة يومين فى دور ظهورها فى الجلد .

٤ – دور النقه :

يبدأ هذا الدور بهبوط الحرارة وبخفة الالتهاب .

الإنذار :

إن الحصبة ليست ، فى ذاتها ، مميتة ؛ ولكن إذا رافقتها المضاعفات — وذلك يحدث للمشردين الفقراء المعرضين للطبيعة — فإنها قد تؤدى إلى ما لا تحمد عقباه . وفى مثل هذه الحالات قد يحدث التهاب فى الرئتين وفى أعضاء الحواس وغيرها . أما الفتيات الصبغيرات فقد يصبن بقروح فى أعضائهن التناسلية .

التشخيص :

بعد ظهور الطفح يصبح من الهين تمييز « الحصبة » من الحمى القرمزية . فهذه الأخيرة لا تبدأ بالظهور فى الوجه بل تتميز بفقاقيع متصلة لا فسحة من الجلد الصحيح بينها ، وبجراح حادة فى تلك الفقاقيع . وهنالك أعراض كثيرة تختلف عن أعراض الحصبة التى ذكرناها سابقاً ، تفرقها عن غيرها من الأمراض الشبيهة بها .

العلاج :

١ — الوقاية : لما كانت الحصبة مرضاً معدياً قبل أن تظهر عوارضه الخارجية ، ويتضح تشخيصه ، وجب على الأولاد الضعاف البنية أن لا يذهبوا إلى مجتمعات رفاقهم الصغار ، لئلا يتعرضوا للعدوى ممن لا يزال المرض كامناً فى أجسامهم .

أما التلميذ الذى أصيب بالحصبة فلا يجوز أن يرجع إلى مدرسته إلا بعد مضى ستة عشر يوماً على مرضه . فإذا كان قد أصيب بشىء من المضاعفات

فيجب أن يتأخر أكثر من ذلك ، إلى أن يستعيد قواه كاملة .

ولما كانت الحصبة مرضاً غير خطر فإن الأقارب يرون أنه لا داعي إلى الخوف منها ، ولهذا لا يعملون على تجنبها وقد يقولون : « ما دامت الحصبة لا تدعو إلى الخشية ، وقد مرض بها أحد أولادنا ، فالأفضل أن نعرض الباقين لها ليمرضوا بها معاً ويخلصوا منها معاً . . » هى جملة سمعها الأطباء مراراً كثيرة تتردد من أفواه الآباء والأمهات . إن الذين يعتقدون هكذا هم فى ضلال مبين ، وذلك لأن الحصبة فى بعض الأحيان تنتهى إلى نتائج وخيمة : إنها فى بعض الأحيان لا تسير سيرها الطبيعى الذى ذكرناه ، وقد تنتج عنها أوبئة مخيفة خصوصاً عند الأطفال الصغار ، كأن ترتفع الحرارة كثيراً وتولد احتقانات تنتشر فى أدق مجارى التنفس والرئتين . وقد تبين أن السل ، فى الغالب ، يصيب الأطفال الصغار على أثر إصابتهم بالحصبة . ولهذا نرى أن رأى العامة القائل بأن الحصبة هى أشد خطراً على الكبار منها على الصغار ، يجب أن يصحح . وقد أثبت الطب بعد الإحصاء أن وفيات الحصبة عند الصغار أكثر عدداً منها عند الكبار ، ولهذا يجب أن لا نعرض لها أطفالنا الذين هم بين الرابعة والخامسة من العمر ، وخصوصاً الأطفال المصابين باحتقانات فى مجارى التنفس ، والمعرضين للسل ، والذين كانوا مصابين بمرض وهم لا يزالون ضعافاً وفى دور النقه .

وإنه لمن الخطأ العظيم أن ندع « محصوبين » ينامان متلاصقين فى غرفة واحدة ، خصوصاً إذا كانت وطأة المرض عليهما شديدة ، وذلك لأن المضاعفات التى هى نتيجة التهاب تنتقل من طريق العدوى من هذا إلى ذاك . ولهذا فإن الحصبة هى أكثر خطراً فى المستشفيات منها فى البيوت ، لأن الأطفال فى المستشفيات يوضعون فى غرفة واحدة ، دون أن يفصل بين المريض والمريض فاصل .

ومما لا يجوز إغفاله أن الغرفة التى حصب فيها الأطفال يجب ، بعد

شفائهم ، أن تعرض مدة من الزمن للهواء والشمس، لكى تطهر من بقايا جراثيم هذا المرض .

٢ – الدواء الواقى : اسكب فى إناء من زجاج كمية عشرين أو خمسة وعشرين سنتيمتراً مكعباً من محلول ماء الأوكسجين ١ ٪ وليستنشق الطفل بفمه وأنفه معاً أربع مرات فى النهار من بخار هذا المحلول ، أو بأنفه فقط على أن يكون فمه مطبقاً . إن هذه العملية تقى الولد من الحصبة إذا استعملها بعد أن يكون قد تعرض للمرض بمخالطة المصابين به .

٣ – العلاج الشافى فى أثناء المرض : يجب أن يحجر على الولد فى أثناء مرضه بالحصبة ، ويلزم سريره فى غرفة حرارتها لا تقل عن ثمانى عشرة درجة ، ولكن تكون معرضة للهواء بأن تفتح نوافذ الغرف المتصلة بها . ولا يعطى الولد إلا مغذيات مائعة كاللبن الحليب ، وماء الحشائش المحلى . وعندما تهبط درجة الحرارة يزاد الغذاء . وتحارب الحمى بالكينا ، والسعال بالأفيون (Opium) ، والاضطراب بحمام درجة حرارته من ٢٥ إلى ٣٠°م . ولكى نتجنب كل المضاعفات يجب أن نغسل بكل دقة عينى المريض ، وفمه ، وحنجرته ، ويديه ، وسائر الأعضاء التناسلية وغيرها ، بمحلول البوريك ٣ ٪ ، ويمكننا أيضاً أن ندهن شفتيه وفمه وحنجرته بالمركب التالى :

Acide borique	1 gr.
Sue de citron	15 gr.
Gylycerine	10 gr.

ويجب أن يقعد الولد فى سريره ، خوفاً من الاحتقان الذى يسببه تجمع الدم إذا ما ظل نائماً ، ولاسيما إذا نام على ظهره .

إن للشعاع الأحمر الذى يحصل عليه بوضع أوراق حمراء شفافة على زجاجات القناديل ، أثراً حسناً فى تخفيف انتفاخ وجه المريض .

ويعتبر « البينسلين » أنجع علاج للمضاعفات التى ترافق هذا المرض، وعلى الأخص التهاب البلعوم والنزلة الصدرية ، فهو يشفيهما فى يومين على الأكثر .

الحصبة الألمانية

هذا المرض يعترى الأطفال ، عادة ، فى العام الثانى من عمرهم ، ومداواته سهلة، وهى : أن يجعل الولد فى مكان منفرد ،وأن يمنع من الطعام ، وأن تسهل معدته ، وأن يسهر على عدم التهاب الجلد والحنجرة والأنف .

الحماق

الحماق « جدرى الماء » أو « الجديرى » — يظهر ما بين السنة الثانية والسابعة من العمر ، وهو خفيف الانتشار ولا خوف منه إلا على الأطفال الضعاف والمشردين الذين ليس لهم من يعتنى بهم . وهذا المرض سهل شفاؤه . وطريقة علاجه : أن يوضع الولد فى مكان منفرد ، وأن يغسل بالماء الساخن ، وأن يمنع من الطعام .

الحمراء

إن الحمراء تظهر إما فى موضع حقن التطعيم من جسم الطفل ، وإما على أثر التهاب السرة ، والورم فى السرة خطر جداً لأنه يمتد إلى الأعضاء التناسلية ثم يشمل الجسم كله ، وإذ ذاك ينتهى بالطفل إلى الموت المحتوم بعد بضعة أيام . وخير واق من تورم السرة هو أن ندهنها بمرهم أزرق (الميتيلين) مع استعمال البنيسلين .

مرض الكزاز أو « تيتانوس »

إن هذا المرض يعترى الإنسان فى كل أدوار حياته ، وهو خطر عند الأطفال لأنه يجد من جرح السرة مدخلا إلى الباطن ، فيسبب الموت بعد يومين أو أربعة أيام بمعدل ٩٠ و ٩٦ فى المئة .

داء السل أو داء التدرن

إن مرض السل يعترى الإنسان على الأكثر فى عهد الطفولة ، ويظهر فى السنة الأولى من العمر بعد الشهر الرابع تقريباً . ومن خصائص هذا المرض أنه يكمن فى باطن الجسم مدة من الزمن حتى إذا أصيب الطفل بما يضعف جسمه ، فإن هذا الضعف يفقد الجسم مناعته، فتتحرك جرثومة مرض السل، ويمتد المرض فى الشرايين المائية « اللمفاوية » والدموية . وإذا كانت الجرثومة مزمنة فإنها تنتشر فى سائر الأعضاء .

ومن دلائل وجود هذا المرض عند الطفل فى عامه الأول أن يصاب كل يوم بحمى خفيفة تبلغ الدرجة ٣٨ ، وأن تضطرب أمعاؤه . ويبدو الطفل فى بعض الأحيان هادئاً فى عمر هو أكثر ما يكون فيه حركة وحيوية ، ويصبح وجهه ضعيفاً متجعداً شبيهاً بوجه شيخ هرم . وقد يصاب أحياناً بالسعال ، أما شهوته إلى الأكل فهى متفاوتة ، فتارة يأكل وطوراً يمتنع .

إن علاج هذا المرض إذا كان مزمناً صعب جداً ، أما إذا كان فى أوله ، وعند الأطفال ، ويسرع إلى مداواته حال ظهوره ، فإنه قابل للشفاء على شرط أن يعتنى جيداً بالطفل المريض ويذهب به إلى أحضان الطبيعة إما فى

الحقول وإما على شواطئ البحر ، لأن الهواء النقى مع القوت الخفيف المغذى هما خير ما يساعد على الشفاء .

الأمراض الدموية

عند الولادة يكون عدد الكريات الحمراء من خمسة ملايين إلى ستة فى كل ملليمتر واحد مكعب من الدم . وأحجام هذه الكريات مختلفة ، وكذلك عدد الكريات البيضاء فإنه كبير جداً ، وينقص بتقدم العمر .

فقر الدم

عندما يقل عدد الكريات الحمراء وينصل ، أى يتغير و « يبهت » ، لون الدم يمكننا أن نحكم بوجود مرض « فقر الدم » .

ويحدث هذا المرض فى كل أدوار الطفولة ، وهو يصيب غالباً الأطفال المعرضين الذين كانت أمهاتهم مصابات بفقر الدم أو بمرض آخر عضال .

إن النمو السريع والبلوغ المبكر هما من البواعث على فقر الدم .

أما أسباب هذا المرض فكثيرة أهمها : الاضطراب المعوى ، والغذاء السيئ ، والأمراض المعدية ، والزهرى الوراثى ، والبثور ، ودود الأمعاء .

وفقر الدم : إما خفيف ، وإما خطر .

إن الطفل المصاب بفقر الدم الخفيف يكون لونه شاحباً ، وتبدو أسنانه وشفتاه ملونة وأحياناً مصفرة ، ويبدو حزيناً هادئاً لا يأبه لشيء ، كسلان ، كثير التعب واللهاث إذا مشى أو ركض .

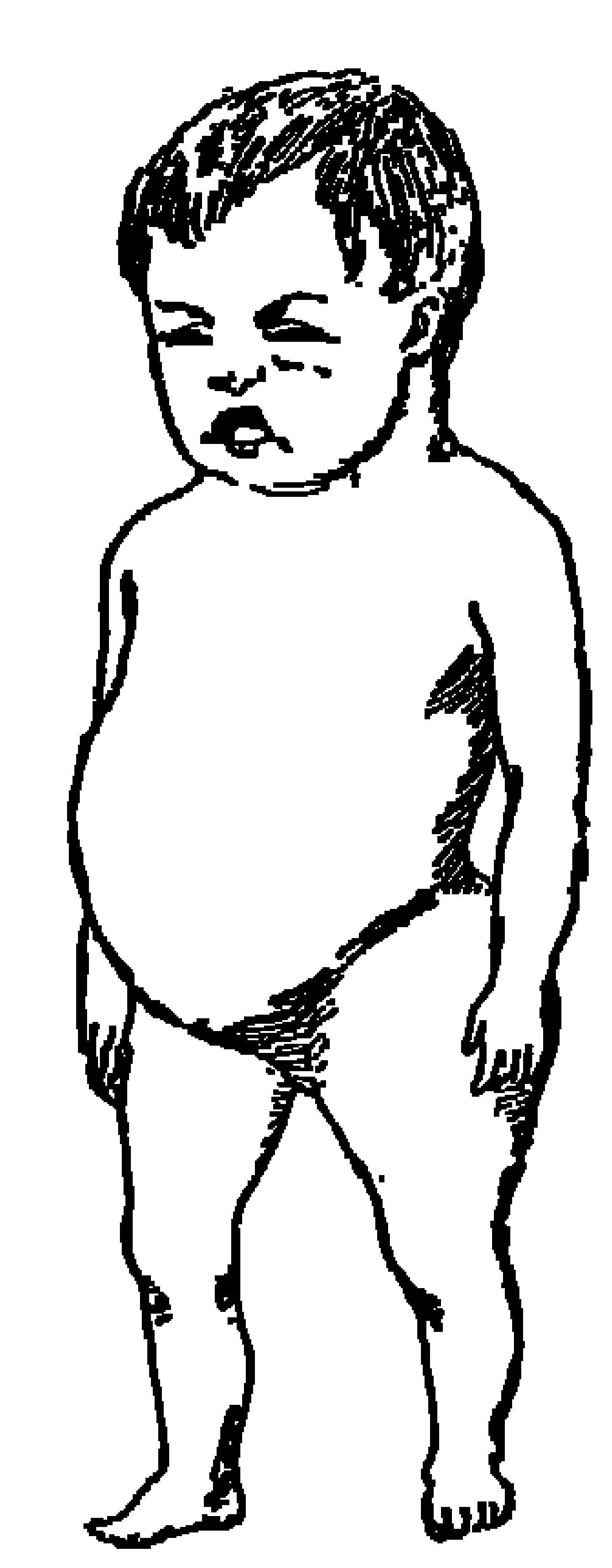
أما فقر الدم الخطر فهو يصيب على الغالب الذين تجاوزوا حد الطفولة .

وشفاء هذا المرض متوقف على معرفة أسبابه . فإذا كان ناشئاً عن أسباب عارضة كسوء المعاملة والغذاء فإن شفاءه ممكن بفضل العناية الكافية والعلاجات المقوية ، أما إذا كان ناشئاً عن أمراض تناسلية معدية فإن شفاءه من باب المستحيلات .

مرض الميكسيديما أو (التورم المخاطى)

من الصعب جداً تشخيص هذا المرض قبل الشهر السادس من الولادة ، أو قبل العام الأول ، وهذا المرض إما مبكر فيصيب الصغار ، وإما متأخر فيصيب الكبار .

وإذا أصيب به الأطفال فقد يقف نموهم فينشأون أقزاماً صغاراً (الشكل ١٤)



(ش ١٤) مرض الانتفاخ

وشكل الطفل المصاب بهذا المرض هو شكل القزم : رأسه كبير ، بالنسبة إلى جسمه ، واسع من الوراء ؛ ضيق الجبين : ووجهه كوجه « الدمية » مستدير كالقمر ، منتفخ ، شفتاه غليظتان متفتحتان يسيل منهما لعاب كثير ، ويظهر للعيان لسانه الكبير الحجم ؛ عنقه ثخين وقصير ، وبطنه يبدو كبيراً منتفخاً كبطن الضفدعة ، جلده كالشمع ، بارد ، أجرد ، وشعره خشن جاف ، وأسنانه يتأخر ظهورها .

لا يأبه لشيء ، فلا يطلب أكلا ولا شرباً . حرارته خفيفة ، غير أن حركة النبض سريعة . وهو على الغالب مخبول . وإن المصابين بهذا المرض لا يعيشون أكثر من خمس وثلاثين سنة تقريباً .

ذبول الأطفال (Cachexies des nourrissons)

إن سوء حالة الرضّع يسبب تأخراً فى النمو ، وهو يظهر عادة فيما بعد الثلاثة الأشهر أو الأربعة أو الخمسة من تاريخ الولادة — وأسبابه كثيرة أهمها : قلة الغذاء أو كثرته — وفى هذه الحالة نرى أطفالا لا يزداد وزنهم ، بل ربما يظل بعد ثلاثة أشهر أو أربعة على مثل ما كان ساعة الولادة ، وتنمو قامتهم ولكنها تظل دون النمو الطبيعى ، والحرارة متقلبة وهى على الغالب خفيفة . ويبدو الجلد واسعاً متهدلا عن الجسم . ومن أهم دلائله الاضطراب الهضمى الذى إذا لم يتوصل العلاج إلى ضبطه كانت نتيجته الوفاة .

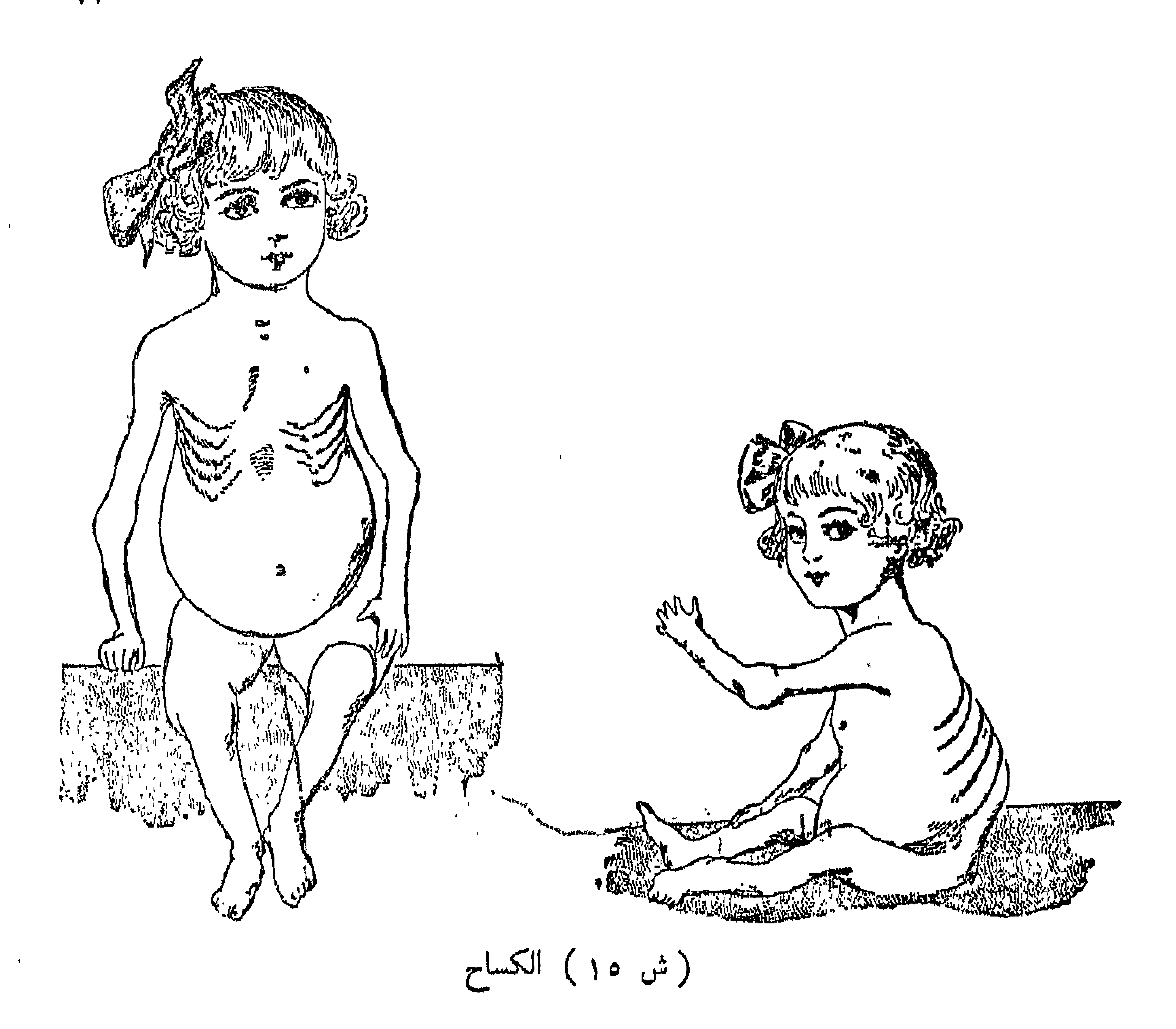
وقد يكون سبب هذه العلة بعض الأمراض الوراثية التناسلية كالزهرى .

الكساح (لين العظام)

إن هذا المرض الذى هو ضعف فى الأعضاء الجسدية عامة ، وفى العظام خاصة ، هو ناتج إما عن طريق الوراثة ، وإما عن سوء جو البلاد التى يولد فيها الطفل ، كأن تكون كثيرة الرطوبة مثلا ، وإما من سوء السكن فى البيوت الرطبة الكثيرة التعفن . وإن كل الالتهابات تسبب هذا الكساح للطفل . وقد اتفق علماء الطب على أن السبب الوحيد للكساح هو الزهرى الوراثى .

ثم تأكد لهم أيضاً أن قلة الغذاء تؤدى إليه ، والدليل على ذلك هو أن الكساح يصيب ، غالباً ، الأطفال الذين يتغذون بالإرضاع الصناعى . وقد قال بعضهم : إن سببه هو وجود جرثومة فطرية فى الجسم .

والكسيح هو دائماً دقيق الساقين ، لأن عظمهما قليل النمو ويفتقر إلى المادة الكلسية (الشكل ١٥) .



(ش ١٥) الكساح

التهاب الأمعاء

إن كثيراً من الأطفال يتعرضون حتى الشهر الثلاثين من عمرهم لاضطرابات ، هضمية لفتت أنظار الأطباء، فعنوا بدرس أسبابها وتحليلها .

ومن دلائلها : أن الطفل تارة يقف عن تناول الغذاء فلا يقبل على الثدى ، إذا رآه ، ولا على الممصة ، وطوراً يبدو كأنه كثير الجوع ، فيبكى بكاء مستمراً ، وتكون النتيجة أنه يطلب ماء لا غذاء . والدليل هو أنه إذا قدم له الغذاء رفضه ، وإذا قدم له الماء الصافى مال إليه بكل رغبة وشهوة .

ويكون فمه جافاً أحمر اللون، غير أن اللسان أبيض ، وتخرج من فمه رائحة حامضة. وفى بعض الأحيان إذا رضع قاء اللبن الحليب ودفعه إلى الخارج دون عناء

واضطراب . وإن برازه يكون ذا رائحة نتنة ، وهو جاف لزج ، يختلف لونه عن لون البراز العادى .

ويبدو البطن منتفخاً من كثرة الغاز ، وبالعكس منقبضاً مائعاً . وتكون حرارته غير ثابتة . وجملة القول أن هذا المرض يحدث أعراضاً متنوعة فى مزاج الطفل ، وهو على نوعين : خفيف وجسيم .

أما الخفيف فيمكننا أن نتجنبه بعلاج واق، وهو أن ينظم وقت الإرضاع ، ويختار اللبن الحليب السهل الهضم ، وأن لا يفطم الطفل فى الفصول الحارة ، أو بعد أن يكون قد أصيب بما أضعف جسمه ، كظهور الأسنان ، أو الاحتقان فى مجارى التنفس . . .

وعندما يصاب به الطفل ، فخير علاج شاف منه هو الامتناع عن اللبن الحليب والاستغناء عنه بماء الأرز أو الشوفان أو الشعير أو الماء المغلى الصافى أو ماء اللبن الرائب « الزبادى » ، إلى أن يتم شفاؤه .

أما الالتهاب الثقيل فهو عادة مرض الأطفال الذين يغذون بالغذاء الصناعى ، أو الذين يفطمون فى الفصول الحارة ، ويبدأ بالأعراض التى ذكرناها آنفاً . ويتميز بأعراض أخرى أهمها : يصاب الطفل فجأة بقىء وإسهال يبلغ عشر مرات أو خمس عشرة مرة فى اليوم . ويلطخ ثيابه ببراز « غائط » سائل ممزوج بقطع صغيرة من الغذاء الذى لم تهضمه المعدة ، ثم يتحول البراز إلى مخاط أو إلى سائل ذى رائحة حامضة .

ومن علاماته الخاصة المخيفة : أن يبدو البطن مقعراً مرتخياً ، ويبدو الطفل مضطرباً يصرخ ، ثم بعد ساعات يجمد ويظل منهوكاً ؛ عيناه جامدتان تتدلى عليهما الأجفان العليا ، فتبدوان نصف مغمضتين ، ويكون شبيهاً بميت : محاجره مقعرة ، وأنفه ضامر بارد ، ويداه ورجلاه مزرقة ، وجسمه كالجليد ، ويصبح تنفسه صعباً متقطعاً .

وإذا لمسنا جمجمته ارتجفنا عندما نرى اليافوخ منخفضاً . والنبض تخف حركته فتهبط إلى ٦٠ و ٤٠ و ٣٠ فى الدقيقة . وإذا قسنا حرارته رأينا أنها منخفضة عن الدرجة العادية ، وإذا وضعنا ظهر اليد على جسمه أدركنا أنه بارد ، وإذا وضعنا الأصابع أمام فمه تبين لنا أن لهاثه كالصقيع .

كل هذه الأعراض تحدث بسرعة مخيفة وفى لمحة طرف . وفى مدة ثمان وأربعين ساعة أو خمسة أيام على الأكثر ، ينطفىء الطفل فجأة كالنور الضئيل .

وقد يتفق أن ترتفع الحرارة قليلا قبل الوفاة ببضع ساعات .

أما إذا كانت وطأة الالتهاب خفيفة ولم يصب الطفل بالأعراض المخيفة التى تقدم ذكرها، فقد يمكننا أن نعالج الولد وننقذه من خطر الموت .

وأهم العلاجات المساعدة على الشفاء من هذا المرض : أن يحمى الطفل من الطعام فيمنع عنه اللبن الحليب منعاً باتاً ، ولا يعطى إلا الماء الصافى المغلى، وإذا كان القىء شديداً يقدم له الماء البارد بعد أن يغلى ، وإذا كان الطفل المريض مقروراً يعطى بعض الشاى الخفيف الفاتر أو الماء المحلى بشىء من السكر .

يعطى الطفل المريض من الماء الصافى مدة يوم أو يومين ، وعندما تعتدل الحرارة ويتحسن البراز «الغائط» نبدأ بأن نعطى المريض ماء الأرز أو مغلى الخُضَر أو الحبوب .

هذا أهم ما يمكن أن نعمله فى البيت مع المصاب بالتهاب الأمعاء . والأفضل أن يدعى الطبيب فى مثل هذا المرض الخطر ، لأنه وحده يمكنه أن يتبين أعراضه، ويعالجه حسبما تتطلبه شدة المرض أو خفته .

ديدان الأمعاء .

إن أهم شيء يجب أن نعلمه هو أن الديدان في معدة الأطفال تكون سبباً لكثير من أمراضهم .

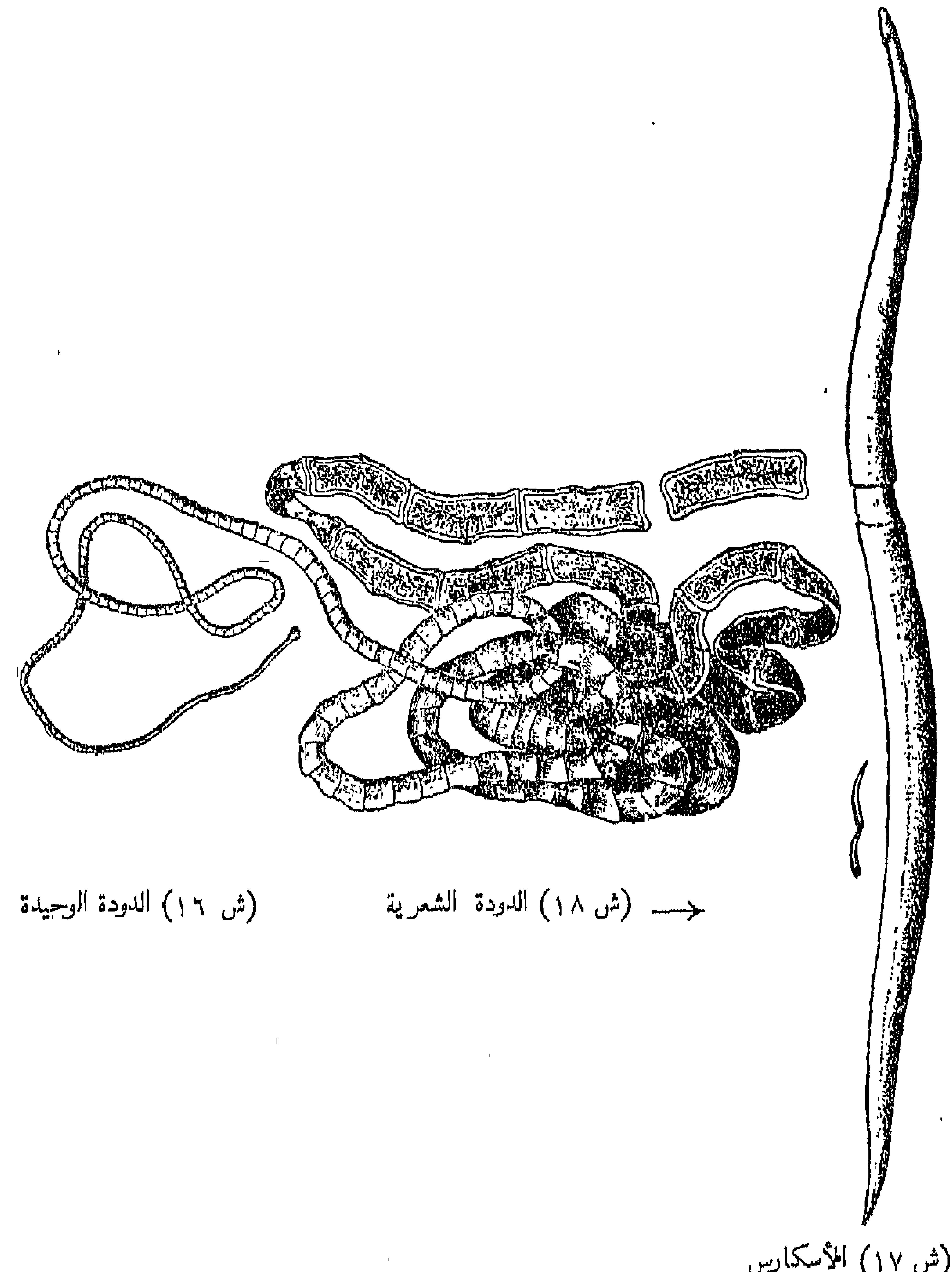
وديدان الأمعاء تقسم إلى قسمين :

١ ــ الديدان العريضة :

وأهمها هي الدودة الوحيدة (الشكل ١٦) ويزيد طولها في الأمعاء عن ثمانية أمتار . إنها تأكل ما يأكله الإنسان ، ثم تفرز سمومها في البطن فتمتص الكبد هذه السموم ، وينشأ عن ذلك سوء الهضم والقيء ، والدوار « الدوخة » وفقر الدم وفقدان الشهوة للطعام ، وألم البطن ، ووجع الرأس ، ويحصل أحياناً عند الأولاد نوبات عصبية شديدة الخطر ، مثل الإغماء والصرع والتشيج والرعشة وغيرها ، كما تحصل اضطرابات في البصر ، سببها أكل اللحم النيء أو غير المطبوخ جيداً كاللحم المشوي أو المقلي الذي يبقى داخل القطعة منه جزء ذو لون أحمر خفيف . فمنها ما يتأتى عن لحم البقر والغنم ، وهذه هي أكثر شيوعاً ، ومنها ما يأتي من لحم الخنزير ، وهذه مسلحة بكلابات ، لذلك يجب تكرار المعالجة للشفاء منها . ومنها ما تنتشر من الكلاب ، وهذه تسبب « الكيس المائي » الذي يشبه السرطان بخطره وبانتشاره .

٢ ــ الديدان المستديرة :

وأهمها الأسكارس (الشكل ١٧) وهذه يبلغ طول الأنثى منها نحو نصف متر ،



(ش ١٦) الدودة الوحيدة

(ش ١٨) الدودة الشعرية ←

(ش ١٧) الأسكارس

وهى تتوالد فى الأمعاء . وقد يزيد عددها فى البطن عن الستين دودة ، وتسبب الأعراض المار ذكرها ، كما أنه يجوز أن تصعد إلى المعدة، ثم تخرج من الأنف أو من الفم ، وأحياناً تدخل فى مجرى الهواء، وقد تخنق الولد. وشوهدت مرة دودة

دخلت من الحلق إلى الأذن الوسطى ثم انطلقت من الأذن خارجاً ، وهذه الديدان سببها أيضاً أكل الخضَر النيئة بدون طبخ .

ومنها أيضاً الديدان الشعرية (Oxyures) (الشكل ١٨) وهى ديدان دقيقة مثل الشعرة البيضاء طولها سنتيمتران فقط ،وهى تتوالد بالألوف،وتظهر عادة فى البراز ، وتسبب حكة شديدة فى الشرج عند الولد،وتمنعه من النوم . وسببها أكل الخضَر النيئة . فمن أراد أن لا تدخل الديدان إلى بطنه وجب عليه أن يتجنب أكل اللحوم النيئة والخضر غير المطبوخة ، وإلا فينبغى أن يأخذ لها علاجاً كلما ظهرت عنده .

إن علاج هذه الديدان كان صعباً جداً ، لأن كل العلاجات التى عرفت سابقاً كانت مضرة ولا يتحملها إلا الجسم القوى .

أما الآن وبفضل الاكتشاف المسمى (Antiver) أى قاتل الدود فى الأمعاء ، والمركب من حامض «البنزويك» المتحد كيماوياً بأسلوب خاص مع خلاصة بزر اليقطين ، هذه المادة التى اكتشف فيها الدكتور « حبيب صادر » القوة العجيبة التى تشفى من كل ديدان الأمعاء بكل أنواعها ، وبدون استثناء ، دفعة واحدة ، فقد أصبحت معالجتها سهلة للغاية . وقد اختبره مدة تنيف على عشرين سنة ، ثم جربه فى مستشفيات باريس ، فأتى بالفائدة المطلوبة .

وهو لا يضر الجسم على الإطلاق ، لذلك يجوز إعطاؤه فى كل الحالات للأولاد بعد السنة الثانية من العمر ، وللشيوخ والعجائز وللبالغين . إنما ينبغى أن نتجنب إعطاءه للحوامل مثل كل الأدوية الملينة .

ويفيد أيضاً أمراض المعدة والكبد مثل داء السكرى والأملاح والصداع إلخ .

لذيذ الطعم ، كاللبن والسكر ، فيأخذه الأولاد بكل قبول .

لا يحتاج إلى حمية أو أكل خاص ، بل يأكل الإنسان كالمعتاد مدة التداوى .

لا يحتاج إلى مسهل ، ولا يعطل عن العمل ، فيأخذه العامل ويستمر في عمله كالعادة .

يصلح شربه في أشد أيام البرد والحر ، وفي كل الفصول .

يقتل كل أنواع الديدان في جرعة واحدة ، ثم يدفعها ميتة ، وأحياناً يذيبها ويخرجها قطعاً صغيرة جداً لا تمكن رؤيتها ، لأن هذا الدواء الجديد تمتصه الديدان حتماً وتموت حالا ، في حين أن سائر الأدوية المعروفة والمستعملة لديدان الأمعاء تطردها وهي حية

النكاف (Oreillons)

هو مرض التهابي يحتل دائماً مركزه في الغدة النكفية

وكثيراً ما يحدث هذا النكاف في الربيع وفي الشتاء ، ويصيب الرضّع والأطفال الصغار ، ولكنه في الغالب يعتري من هم بين الثالثة والخامسة عشرة من العمر .

والرجال معرضون للنكاف أكثر من النساء ، وكل أجناس البشر هم معرضون له بمعدل واحد . ويكثر هذا المرض في الشتاء ، وذلك لأن اجتماعات العائلات تكثر في هذا الفصل ، ومعلوم أن الازدحام هو من مسببات هذا المرض ، ولهذا يكثر في المدارس والمعسكرات .

إن قوة امتداد النكاف ضعيفة ، ويتم سيره بمراحل متوالية تجعل العدوى تطول مدة أسابيع وشهور ، وإذا نكف ولد بين جمهور من الأولاد فإن العدد الأكبر لا يصاب بهذا المرض ، لأن العدوى تنتقل من شخص إلى شخص لا إلى الجماعة . والعدوى تحدث ، على الغالب ، في المستشفيات ، بأن تنتقل من المريض إلى الملاصق له . ويكون أثرها قوياً في أول ظهور المرض أو في

دور النقه . والعدوى تنتقل على أثر احتكاكات قوية مستمرة بين المريض والصحيح .

إن تقبيل المريض للسليم ، فماً لفم ، من الأسباب الأولية الجالبة للعدوى . والنكاف لا يصيب الشخص إلا مرة واحدة ، فى العمر .

تشخيصه :

إن هذا المرض لا يعرف عادة إلا بعد أن يظهر الورم فى منطقة الغدد النكفية تحت الأذن من الخارج ، وقد تتقدمه أعراض مختلفة : كارتفاع الحرارة مع ألم فى الرأس ، وفقدان الشهوة ، وكسيلان الدم من الأنف ، وطنين مع ألم فى الأذنين . ومدة هذا المرض هى عادة ثمانية أيام ، وقد تمتد إلى ستة وعشرين يوماً إذا كانت وطأته شديدة .

العلاج :

إن العلاج سهل جداً ، فيجب أن يلزم المريض سريره طيلة مدة التورم . ومن المفيد أن تسهّل معدة المريض فى أول المرض ، وأن يغرغر فمه بماء (البوريك) أو الماء المغلى ، ولكى يخف ألم الفم من جراء الالتهاب الداخلى يحسن أن يغرغر الفم بماء الكلوروفورم أو بماء اللودانوم (eau Loudanisée) ، أو يدهن الورم من الخارج بمرهم « الإكتيول » أو بمرهم الزئبق الخفيف .

الجدرى

هو مرض التهابى معد كان يعدّ خطراً عظيماً قبل أن تعرف طريقة التطعيم ، وهو يصيب الذين لم يطعموا ضده ، أو الذين طعموا من مدة

طويلة ، وقد ذهب أثر الدواء الواقى منه . وإن عدوى هذا المرض تنتقل إلى الغير من الجرثومة الكامنة فى البثور أو قشور الجلد التى تحل محل البثور بعد جفافها وشفائها .

تشخيصه :

إن دور الشعور بالمرض هو من عشرة أيام إلى اثنى عشر يوماً ، ويمتاز بالهدوء والسكون .

وأما دور ظهور هذا المرض فيمتاز بالرعشة عند الأطفال ، وبالقشعريرة القوية ، وبالقىء وبارتفاع الحرارة حتى الدرجة الواحدة والأربعين ، وهذا الدور يدوم من يومين إلى أربعة أيام ، وختامه يتميز بهبوط الحرارة .

ودور الطفح يبدأ بالوجه ، ثم يجتاح الساقين وسائر الأعضاء ، ويشمل الجسم فى مدة ست وثلاثين ساعة ، ويمتاز أولا بفقاقيع مملوءة من السائل الشفاف ، وحوالى اليوم الثالث من هذا الدور يتغير السائل فيصبح ممزوجاً بشىء من الدم ، وتصير الفقاقيع صلبة عند اللمس ومحاطة بدائرة حمراء .

ودور سيلان القيح : يبدأ حوالى اليوم الثامن فتتفتح حبوب الوجه ، وتنتفخ الوجنات وتتورم الجفون وتعود الحرارة إلى ما كانت عليه من الارتفاع فى ابتداء المرض .

ودور الجفاف يمتاز بأن تجف البثور ، وتغطى بقشور تقع بسرعة ، ويحل محلها غيرها ، وهذا الدور يدوم مدة خمسة عشر يوماً تقريباً ، ثم يبدأ بعدئذ دور النقه ، وتترك تلك البثور آثاراً فى الوجه لا تزول .

العلاج :

١ ــ كل طفل مشبوه بالجدرى يجب أن يوضع منفرداً فى غرفة معرضة للهواء وغير مفروشة بالبسط وغيرها ، إلى أن يتم سقوط القشر بكامله .

٢ ــ لا يجوز أن يخدمه إلا من طعموا جديداً ضد الجدرى .

٣ ــ يجب أن تطهر جيداً كل الثياب والأشياء التى استعملها المريض ، وكذلك الغرفة التى كان فيها .

٤ ــ وخير علاج هو البينسلين مع تطبيق القواعد الصحية ، كالنظافة والتطهير ومداومة الحمام وغسل الفم . ومن الضرورى استعمال الضوء الأحمر تخفيفاً للالتهاب .

أما العلاج الوحيد الذى يقى من هذا المرض فهو التطعيم بالمصل الواقى ، وإن من يستعمله فى وقته لا يصاب بالجدرى أبداً .

أعمال الدكتور حبيب صادر
فى الحقل الطبى

(ا) مبتكرات فى التداوى :

ـــ الأنتلبومين (Antalbumine) دواء جديد يشفى البول الزلالى دون حمية من الحليب .

ـــ صاحب طريقة جديدة فى معالجة « الديزنطاريا » الأميبية وتقرح الأمعاء (وقد بحثت فى المؤتمر الطبى فى بغداد سنة ١٩٣٧) .

ـــ وطريقة مبتكرة لشفاء الإمساك المزمن وتمدد الأمعاء دون استعمال الأدوية الملينة وما شاكلها .

(ب) التآليف :

ـــ الأمراض المعدية فى البلدان العربية .

ـــ المصطلحات الطبية وتعليم الطب باللغة العربية .

ـــ درس المناخ فى لبنان والأمراض التى تشفى بواسطته مع عشر خرائط مناخية استحقت جائزة الشرف الأولى فى معرض نيويورك عام ١٩٣٩ (الجناح اللبنانى) .

(ج) المحاضرات المنشورة :

ـــ الروماتيزم والمناخ فى لبنان .

— معالجة التهاب اللوزتين بواسطة الأشعة .

— ملاحظات جديدة عن حمى التيفوئيد فى بيروت ، وعن كيفية معالجتها

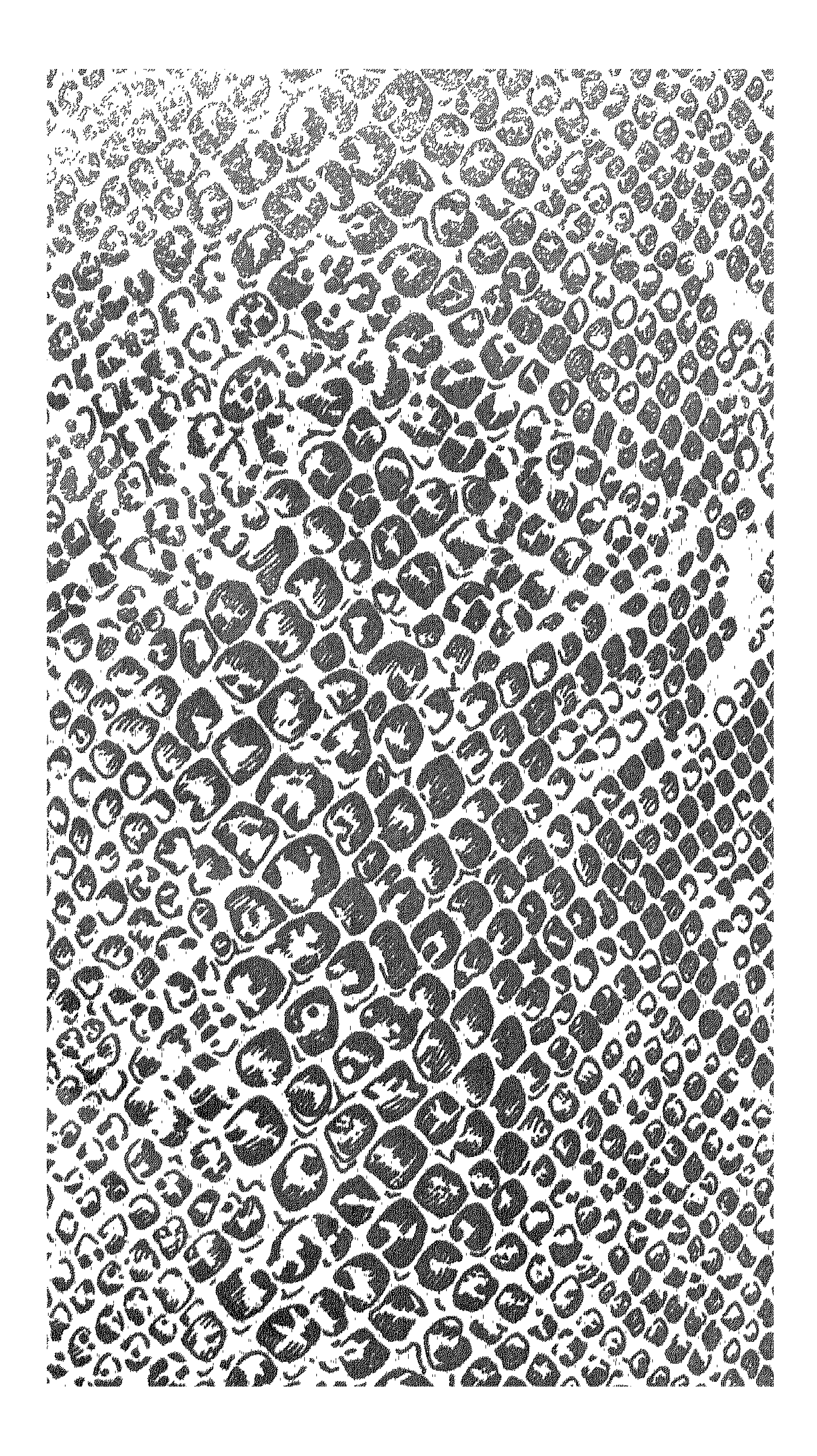
— مناخ لبنان ومقابلته مع مناخ سويسرا ومصر والشاطئ اللازوردى (Cote d'Azur) وهى محاضرة ألقيت فى مدرج الجامعة الطبية الأميركية فى أثناء المؤتمر الطبى المنعقد فى بيروت عام ١٩٤٥ .

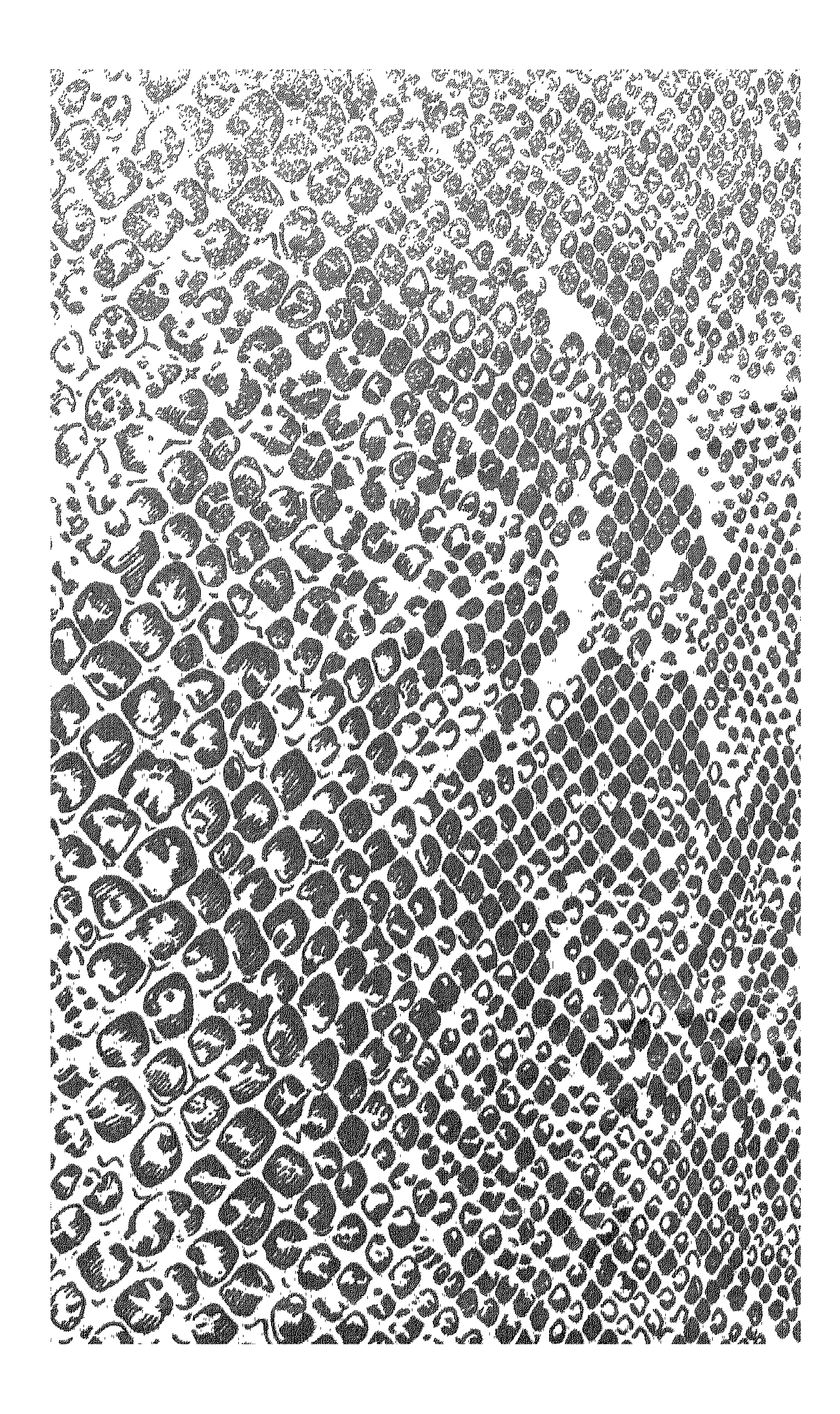
— الملاريا والمناخ اللبنانى (فى نقابة الأطباء — بيروت عام ١٩٤٦) .

— ملاحظات جديدة عن مداواة وأسباب الحمى المالطية فى لبنان .

ومكافأة له على الخدمات التى أداها للعلم ، منحته وزارة المعارف الفرنسية وسام « السعف » المختص برجال العلم .

الفهرس






Bibliotheca Alexandrina
0355070